

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 249

**LE TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE
ET LES POTENTIELS ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES :
LEUR APPORT DANS L'ÉTUDE
DES TROUBLES CENTRAUX DE L'AUDITION.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain CHALUMEAU

né le 1^{er} Novembre 1943

à LYON 6^e

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 249

**LE TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE
ET LES POTENTIELS ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES :
LEUR APPORT DANS L'ÉTUDE
DES TROUBLES CENTRAUX DE L'AUDITION.**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain CHALUMEAU

né le 1^{er} Novembre 1943

à LYON 6^e

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 249

LE TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE
ET LES POTENTIELS ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES :
LEUR APPORT DANS L'ÉTUDE
DES TROUBLES CENTRAUX DE L'AUDITION.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain CHALUMEAU

né le 1^{er} Novembre 1943

à LYON 6^e

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président : M. le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : M. le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice-Président : M. B. ROUSSET, chercheur

Troisième Vice-Président : M. R. LOPEZ, étudiant

Secrétaire général de l'Université : M. J. RAMBAUD, Administrateur civil.

Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.)

U.E.R. de Médecine GRANGE-BLANCHE : M. le Docteur B. SALLE, Maître de Conférences

U.E.R. de Médecine ALEXIS CARREL : M. le Professeur R. MORNEX

U.E.R. de Médecine LYON NORD : M. le Docteur J.P. NEIDHARDT, Maître de Conférences

U.E.R. de Médecine SUD OUEST : M. le Professeur J. NORMAND.

U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques : M. le Professeur C.A. BIZOLLON

U.E.R. des Techniques de Réadaptation : M. A. MORGON, Maître de Conférences

U.E.R. de biologie Humaine : M. J.P. REVILLARD, Maître de Conférences

U.E.R. d'Education Physique et Sportive : M. A. MILLON, Professeur EPS

U.E.R. des Sciences Odontologiques : M. le Docteur R. VINCENT

U.E.R. de Mathématiques : M. le Professeur E. COMBET

U.E.R. de Physique : M. le Professeur J. DELMAU

U.E.R. de Chimie Biochimie : M. le Professeur J. HUET

U.E.R. des Sciences de la Nature : M. le Professeur R. GINET

U.E.R. des Sciences Physiologiques : M. le Professeur J.F. WORBE

U.E.R. de Physique Nucléaire : M. le Professeur M. GUSAKOW

I.U.T. 1 : M. le Professeur B. POUYET

I.U.T. 2 : M. J. GALLET, Directeur ENSAM

Observatoire de Lyon : M. G. MONNET, Astronome Adjoint

U.E.R. de Mécanique : M. le Professeur G. COMTE-BELLOT.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

PROFESSEURS TITULAIRES :

Mrs AIMARD Gilbert	Neurologie
BRUN Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
COLOMB Daniel	Dermatologie
GUILLEMIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATARJET Michel	Clinique Chirurgicale
MAYER Marcel	Cancérologie
NORMAND Jean	Cardiologie
NOTTER Armand	Gynécologie Obstétrique
PINET Edouard	Radiologie
PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Génétique Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Travail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale - Maladies de l'appareil digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biochimie appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

Mrs BRAILLON Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAPRAS Claude	Neuro-Chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
VIALIER-RAYNARD Jean	Bactériologie - Virologie.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mrs ARCHIMBAUD Jean Pierre	Urologie
BERARD Philippe	Chirurgie Générale
BERTRAND Jean Louis	Maladies Infectieuses
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
Mrs BOUVIER Maurice	Rhumatologie
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DE VILLARD Régis	Neuro-psychiatrie
DUBOIS Paul	Histologie
HAGUENAUER Jean Paul	O.R.L.
JEANNEROD Marc	Médecine Expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LEVRAT Roger	Médecine Interne
LOMBARD PLATET Roger	Séméiologie Chirurgicale
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie Infantile
PALLARD Pierre	Séméiologie Médicale
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie Générale
REVILLARD Jean Pierre	Néphrologie
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
TERMET Hubert	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
TETE Roger	Médecine Interne
THOULON Jean-Marie	Gynécologie Obstétrique
TOUBOUL Paul	Cardiologie
TRILLET Marc	Neurologie.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président du Jury : Monsieur le Professeur B. SCHOTT

Assesseurs : Monsieur le Professeur G. AIMARD
Monsieur le Professeur Agrégé Ch. BOURRAT
Monsieur le Professeur Agrégé M. TRILLET
Monsieur le Docteur F. MICHEL.

A ma femme,

A nos fils, Laurent et Maxime

A la mémoire de mes grands-parents,

A mes parents,

A mes beaux-parents,

A tous ceux qui me sont chers.

A la mémoire de mon ami Jean-Claude MANTEAUX
Interne des hôpitaux de Lyon,

A Marie-Hélène,

A Grégoire,

A Monsieur et Madame MANTEAUX,

A Monsieur et Madame GELIN,

Rien ne pourra défaire ce qui nous unit

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur B. SCHÖTT

Il nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse.

L'expression rationnelle de sa pensée est légendaire.
Des connaissances d'une rare étendue, possédées avec
une maîtrise inégalable, sont à la base de son discours
qui, s'il plonge souvent le néophyte dans la perplexité,
enchante toujours l'initié.

Sa puissance de travail, son esprit libéral et novateur,
font de lui un Maître incontesté et un exemple quotidien.

Nous lui devons l'essentiel de notre formation neurologique.

Nous tenons à l'assurer de notre profonde reconnaissance.

A nos juges,

Monsieur le Professeur G. AIMARD,

Il démontre quotidiennement que l'intuition n'a pas place dans l'approche du diagnostic. Sa grande expérience dont il sait faire profiter ses collaborateurs, est renforcée par la tâche ingrate qu'il a su s'imposer en réalisant l'étude statistique systématique des observations cliniques.

Par son action, il a largement contribué à rénover l'enseignement de la neurologie, permettant ainsi d'améliorer la formation de l'étudiant, à laquelle il est très attaché.

Ses critiques, toujours bien venues, nous ont aidé à progresser. Nous avons bénéficié de ses conseils et de son soutien. Nous avons apprécié sa disponibilité à l'égard de tous.

Il sait que nous gardons un souvenir particulièrement agréable du semestre d'internat passé à ses côtés, pendant lequel nous avons eu confirmation que le sérieux du travail n'excluait pas l'humour.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre travail et nous l'assurons de notre dévouement.

Monsieur le Professeur Agrégé Ch. BOURRAT,

Nous sommes très heureux de pouvoir lui exprimer notre reconnaissance et notre gratitude à travers ce travail.

Ayant eu l'occasion de collaborer avec lui au début de notre internat, nous avons découvert le clinicien précis, rigoureux, dont le vaste savoir contraste avec une infinie modestie, et l'enseignant scrupuleux qui ignore l'à-peu-près, et l'improvisation.

Nous admirons les qualités humaines dont il fait preuve. La spontanéité de son accueil, sa délicatesse, sa tolérance, rendent son abord facile à tous.

Il nous a apporté aide et réconfort dans les moments de doute et nous avons bénéficié de son soutien inconditionnel. Toujours compréhensif, il nous a permis d'achever ce travail dans les meilleures conditions.

Il nous manifeste une fois de plus sa confiance en nous acceptant comme collaborateur et nous sommes fiers d'être son premier assistant.

Qu'il trouve, ici, le témoignage de notre amitié et la marque de notre indéfectible attachement.

Monsieur le Professeur Agrégé M. TRILLET,

Nous avons beaucoup appris à son contact, grâce à la précision de l'examen clinique et à la finesse du diagnostic, qui caractérisent sa pratique médicale.

Nous lui exprimons notre admiration pour la qualité de son enseignement, tant théorique que pratique.

Nous le remercions d'avoir si aimablement accepté de juger ce travail.

Monsieur le Docteur F. MICHEL,

Maître de Recherche au C. N. R. S

Homme cultivé aux goûts éclectiques et à l'esprit non conformiste, il dirige avec un enthousiasme communicatif le Laboratoire de Neuropsychologie Expérimentale.

Une solide formation de clinicien lui permet de toujours adhérer à la réalité.

Ce travail qu'il nous a confié est avant tout le fruit de ses recherches, de sa réflexion et de son expérience. Nous espérons ne pas le décevoir...

Nous le remercions de l'aide précieuse qu'il a su nous apporter, ne ménageant ni sa peine ni son temps.

Il sait l'intérêt que nous portons à la neuropsychologie. Nous souhaitons pouvoir continuer à travailler dans son Laboratoire.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX,

EXTERNAT

Monsieur le Professeur G. BONAMOUR
Monsieur le Professeur P. BERTRAND
Monsieur le Professeur L. ROCHE
Monsieur le Docteur E.P. NAUDIN.

SUPPLEANCE D'INTERNAT

Monsieur le Docteur H. NAUSSAC
Monsieur le Professeur J. TRAEGER
Monsieur le Professeur J.J. VIALA
Monsieur le Professeur Ch. BOURRAT

INTERNAT

Monsieur le Docteur J. FOURNET
Monsieur le Professeur J. BOURRET
Monsieur le Professeur Agrégé J. DUQUESNEL
Monsieur le Professeur Agrégé M. BOCHU
Monsieur le Professeur J.C. KALB
Monsieur le Professeur M. DEVIC
Monsieur le Professeur G. AIMARD
Monsieur le Professeur B. SCHÖTT
Monsieur le Professeur P.F. GIRARD
Monsieur le Professeur Agrégé M. TRILLET

A Messieurs les Docteurs

G. CHAZOT,
O. JOYEUX,
D. MICHEL,
J. F. SAVET,

Nous les remercions de la qualité de
leur enseignement.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE et à tous
les membres du Laboratoire de Médecine Légale.

Aux Docteurs J. PIALAT et N. KOPP,

A mes amis neurochirurgiens,

A mes amis de l'internat.

A D. LABOUREL et F. PERONNET, qui ont collaboré à ce travail.

A Mademoiselle CARON DE LA MORINAIS

A Madame VEDRENNE

A Madame ALIGNÉ

A Mademoiselle GORRÉE,

et aux équipes d'infirmières de leurs Unités de soins.

Nous remercions les secrétaires du service du Pr. DEVIC

les secrétaires du service du Pr. SCHOTT

le personnel du service des dossiers médicaux
de l'Hôpital Neurologique.

Nous remercions Messieurs les Professeurs

J. LECUIRE

L. MANSUY

P. F. GIRARD

B. SCHOTT,

G.E. ALLEGRE

A. GOUTELLE

M. DEVIC

Ch. BOURRAT

de nous avoir autorisé à consulter les dossiers des malades
hospitalisés dans leurs services.

I N T R O D U C T I O N

"Ici nous abordons un chapitre très particulier, pour lequel il n'est pas possible de présenter un schéma précis. Les difficultés d'examen sont importantes à surmonter".

Voici ce qu'on lit sous la plume d'AUBRY et PIALOUX (1967) lorsqu'on ouvre l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale pour se renseigner sur les troubles centraux de l'audition.

Ainsi, sont clairement mises en évidence les limites des moyens courants d'investigation, tels que l'audiométrie, qui dans ce domaine se sont heurtés à la même difficulté : par le jeu des décussations et des commissures, chaque oreille a une projection hémisphérique ipsi et controlatérale.

Pourtant, la pathologie centrale de l'audition était connue, mais par le biais des atteintes hémisphériques bilatérales, responsables de divers syndromes aux limites plus ou moins nettes, tels que l'agnosie auditive, la surdité corticale ou la surdité verbale.

Tout ceci fait qu'en matière d'audition centrale, le clinicien s'est longtemps trouvé dans une situation délicate et inconfortable, un peu comme s'il n'avait disposé que des syndromes pseudo-bulbaires corticaux pour aborder les troubles centraux de la motricité (ou des cécités corticales pour ceux de la vision).

Or, comme pour toute la pathologie cérébrale, il est évident que les lésions unilatérales, de la zone acoustique, ont statistiquement toutes chances d'être bien plus fréquentes. Pour en faire la preuve, il fallait trouver un moyen permettant de tester séparément chaque hémisphère, afin d'objectiver un déficit sensoriel central unilatéral ou d'apporter de sérieux éléments de présomption.

LE TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE s'est avéré être celui-ci :

1° - Il a d'abord permis à BROADBENT de montrer comment le sujet normal pouvait assumer une double charge mentale et "faire deux choses à la fois".

Cependant, il a fallu attendre quelques années pour que s'affirment ses possibilités réelles. L'apport de KIMURA fut ici important :

- elle démontra l'existence d'une supériorité de l'oreille droite en écoute dichotique de sons de parole.

- puis elle conclut au caractère prépondérant des voies croisées en objectivant un déficit des performances de l'oreille controlatérale à une lésion cérébrale.

cérébrale.

Ce déficit controlatéral a été ensuite retrouvé par de nombreux auteurs tandis qu'apparaissait un fait nouveau, posant des problèmes d'interprétation, parce que contraire aux connaissances acquises. En effet, au cours de certaines lésions gauches, c'est au niveau de l'oreille ipsilatérale que prédominait le déficit perceptif.

L'observation d'une extinction des messages parvenant à l'oreille gauche chez des sujets ayant subi une commissurotomie, permettra à SPARKS et GESCHWIND :

- d'une part d'expliquer ce phénomène apparemment paradoxal en faisant intervenir le rôle joué par le corps calleux dans le transfert de l'information acoustique du lobe temporal droit au lobe temporal gauche,

- d'autre part de proposer un modèle fonctionnel du mécanisme de l'écoute dichotique qui s'adresse à un système à quatre voies, composé de :

. deux voies directes :

- oreille droite lobe temporal droit
- oreille gauche lobe temporal gauche

. deux voies croisées :

- l'une simple : oreille droite lobe temporal gauche
- l'autre deux fois croisée : oreille gauche.... lobe temporal droit - corps calleux - lobe temporal gauche.

L'écoute dichotique crée un conflit perceptif ; en situation de compétition les voies croisées sont privilégiées : par leur intermédiaire, chaque hémisphère écoute préférentiellement l'oreille opposée.

2° - Rapidement le test dichotique s'est imposé en clinique :

- il a suscité de nombreux travaux destinés à étudier les troubles centraux de l'audition au cours des lésions hémisphériques unilatérales. Tous s'accordent à reconnaître l'existence d'une extinction controlatérale gauche en cas de lésion droite, et droite en cas de lésion gauche.

Cependant, la plupart se sont bornés à une étude comparative des scores de chaque oreille, en fonction de la latéralisation de la lésion, sans tenir compte de son siège intrahémisphérique. On devine le danger de ce paradigme expérimental : à l'évidence, une lésion temporale n'est pas une lésion frontale, fussent-elles toutes deux droites ou gauches.

- son application à la pathologie calleuse a permis de comprendre comment une extinction unilatérale gauche chez le droitier, pouvait être la conséquence d'une disconnexion interhémisphérique et pourquoi une lésion gauche

était susceptible de se traduire par un déficit ipsilatéral.

3° - Il apparaît donc que le test dichotique a une valeur d'orientation diagnostique :

Mais il est souvent difficile de savoir, selon le siège de la lésion et le type d'extinction observé (ipsi ou controlatérale) :

- si l'hémisphère reçoit mal (déficit sensoriel) par lésion sous-corticale sur la voie géniculo-temporale ou par lésion corticale détruisant les circonvolutions de Heschl,

- si l'hémisphère intègre mal (déficit gnosique),

- si l'hémisphère transmet mal : (disconnexion).

4° - Enfin, ce test a ses limites :

Perdant toute signification lorsqu'il existe une surdité périphérique asymétrique, il est parfois impossible à réaliser dans certaines formes d'aphasies ou dans les cas, toujours exceptionnels, de surdité corticale.

Il nécessite en outre un minimum de coopération de la part du malade, ce qui exclut la passation chez certains malades confus ou détériorés.

L'ENREGISTREMENT DES POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES (P.E.A.)

Contrairement au test d'écoute dichotique, n'est pas un examen de routine, mais une technique "de luxe" qui nécessite un appareillage complexe. Malgré des travaux assez convaincants effectués chez le sujet normal, l'origine corticale principale de ces réponses évoquées n'est pas encore admise par tous.

Leur étude chez le sujet malade permet, semble-t-il, de lever le doute car elles sont moins amples (quand elles ne sont pas abolies) du côté lésé, voire des deux côtés, en cas de lésion double.

Bien qu'il s'agisse encore et surtout d'un outil de recherche, l'enregistrement des P.E.A. au moyen d'électrodes disposées en couronne sur le cuir chevelu, participe maintenant à l'établissement du diagnostic des troubles centraux de l'audition.

F. MICHEL, a par référence au terme d'hémianopsie, (employé lorsqu'un hémisphère est aveugle,) proposé celui d'HEMIANACOUSIE pour désigner le déficit auditif central unilatéral consécutif à une destruction des voies ou des zones de réception primaires. Ici, l'approche se fait donc en deux temps :

- dépistage par le test d'écoute dichotique qui révèle une extinction unilatérale.

- affirmation du diagnostic par enregistrement des P.E.A.

POUR NOTRE PART, nous nous sommes fixés pour but :

1° - D'apprécier les résultats d'ensemble du test d'écoute dichotique sur une grande série de malades, et de les comparer, le cas échéant, à la morphologie des potentiels évoqués acoustiques.

2° - De tenter d'établir une corrélation anatomo-clinique entre :

- le siège de la lésion,
- et les performances au test d'écoute dichotique.

3° - D'étudier l'audition centrale chez les aphasiques :

a) jusqu'ici le problème de l'aphasie n'a guère été abordé qu'en termes de langage, de décodage, de transformation de l'information acoustique en message linguistique. Si l'on adopte la classification de HIRSCH :

- . niveau de détection,
- . niveau de discrimination,
- . niveau de reconnaissance,
- . niveau d'identification.

On s'aperçoit que dans le domaine de l'aphasiologie on s'est intéressé essentiellement aux deux derniers, négligeant, par force, les niveaux de détection et de discrimination.

Actuellement, aucun auteur ne songerait à publier un cas d'agnosie visuelle sans avoir effectué au préalable une étude campimétrique. L'exploration du déficit sensoriel qui peut être sous-jacent au trouble linguistique, s'impose de la même manière chez l'aphasique. Le test dichotique et l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques sont des moyens d'approche d'autant plus précieux qu'ils permettent de comparer les performances de l'hémisphère droit et de l'hémisphère gauche.

b) maintenant, devant un cas d'aphasie , il importe :

- d'une part de situer les lésions causales dans l'hémisphère gauche (du moins chez le droitier) non plus seulement d'avant en arrière, mais bien aussi de la superficie à la profondeur, de façon à savoir si les circonvolutions de Heschl sont ou non respectées.

- d'autre part (depuis la découverte d'une projection calleuse sur le lobe temporal gauche des informations auditives fournies à l'hémisphère droit par le canal de l'oreille gauche), de faire intervenir dans notre raisonnement, le rôle joué:

- . et par chacun des hémisphères, dans la perception du langage oral,
- . et par les voies associatives temporo-temporales dans la transmission droite-gauche du message.

En effet, si l'hémisphère gauche est "sourde", il n'en reste pas moins que le droit lui donne un matériel qui, selon le siège de la lésion, lui sera

ou non accessible. C'est ainsi que l'élément de surdité verbale chez certains aphasiques peut s'expliquer par l'association d'une surdité de l'hémisphère gauche et d'une lésion sur la voie calleuse.

De même, devant une aphasie qui régresse mal, il convient de se demander s'il n'y a pas une deuxième lésion, soit au niveau de l'hémisphère droit, soit sur la voie calleuse.

PREMIERE PARTIE

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

- ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

Anatomie des aires auditives centrales,
Test d'écoute dichotique
Potentiels évoqués acoustiques.

- MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE I

R A P P E L A N A T O M I Q U E

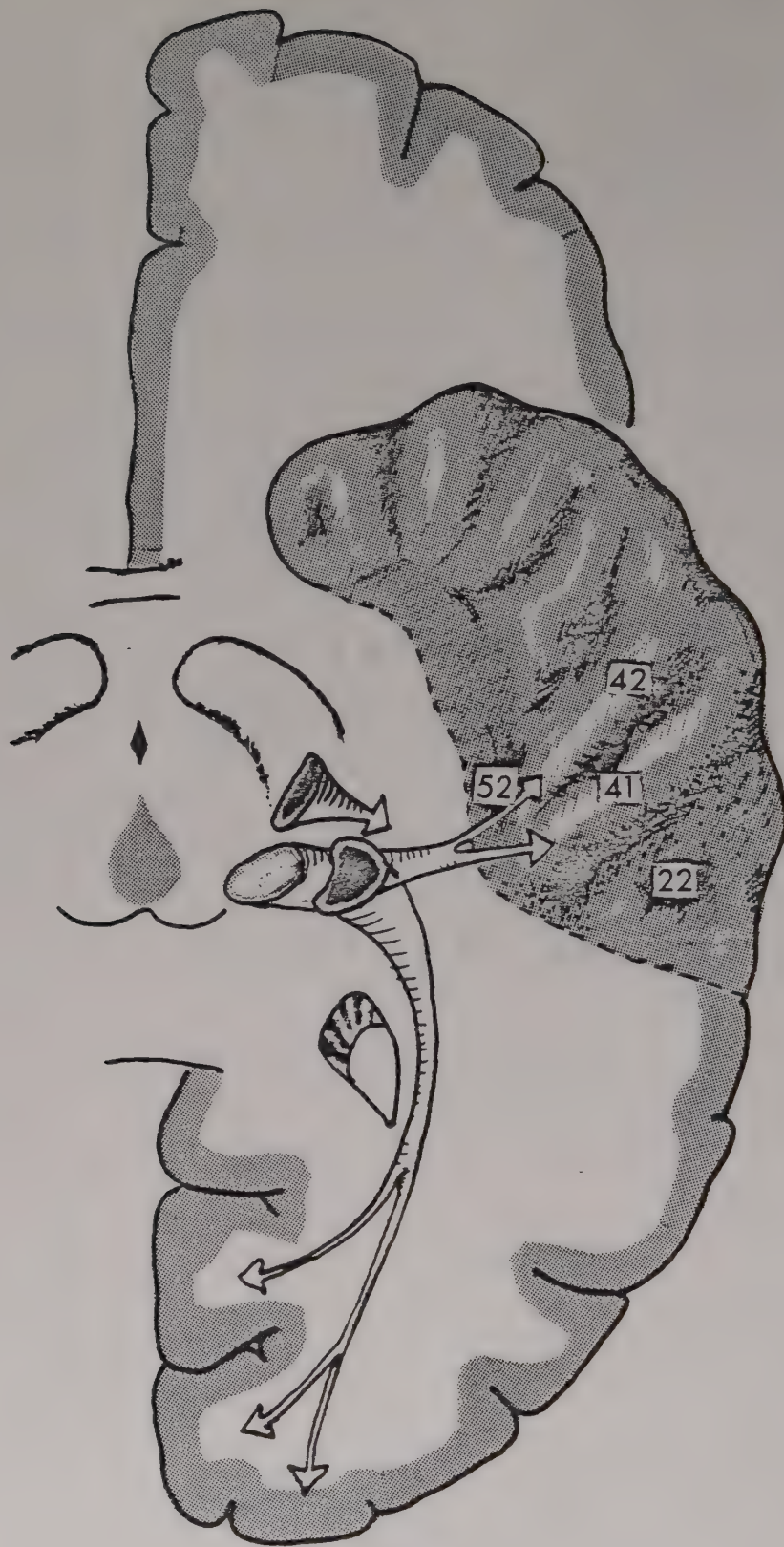


Fig. n° 1 : Schéma des aires auditives centrales et du carrefour sensoriel de WERNICKE (afférences somesthésiques optiques et acoustiques) après section longitudinale dans le plan de la vallée sylvienne.

I - LES AIRES AUDITIVES CENTRALES

Dans chaque hémisphère les centres corticaux de l'audition comportent :

- un CORTEX SENSORIEL ou aire auditive primaire situé dans le plan supra-temporal, au niveau des circonvolutions transverses de Heschl. C'est là que se terminent les radiations acoustiques, voies finales communes, issues du corps genouillé médian.

- un CORTEX PARA-SENSORIEL ou aire para-striée, réparti à la fois sur les circonvolutions de Heschl et autour d'elles.

- un CORTEX ASSOCIATIF ou aire associative temporo-pariétale entourant les circonvolutions de Heschl.

Leur description est ancienne et fait référence aux travaux de BRODMANN (1925) et surtout de VON ECONOMO et KOSKINAS (1927) sur la cyto-architectonie du cortex cérébral.

A - LE CORTEX SENSORIEL AUDITIF PRIMAIRE se situe au niveau :

- 1 - Du champ supra-temporal granuleux, ou AIRE TC de VON ECONOMO ou AIRE 41 de BRODMANN.

- il s'agit d'un koniocortex typique, d'environ 4 cm² de surface qui recouvre en partie les circonvolutions de Heschl. C'est à ce niveau que CELESTA et PULETTI obtiennent de façon privilégiée des P.E.A. par méthode électro-corticographique.

- limites : l'aire auditive primaire est bordée :

- . en dedans : de l'aire TD (52)
- . en dehors : en avant et en arrière, de l'aire TB (42).

- 2 - Le champ supra-temporal intercalé ou AIRE TD de VON ECONOMO ou AIRE 52 de BRODMANN.

Il s'étend tout entier dans le fond de la scissure de Sylvius, c'est-à-dire en dedans de l'aire TC (41). Histologiquement, la différenciation granuleuse y est moins poussée. On pense qu'une partie des radiations acoustiques s'y termine.

Cependant, BAILEY et VON BONIN pensent qu'il n'est pas nécessaire de l'isoler comme le font VON ECONOMO et KOSKINAS.

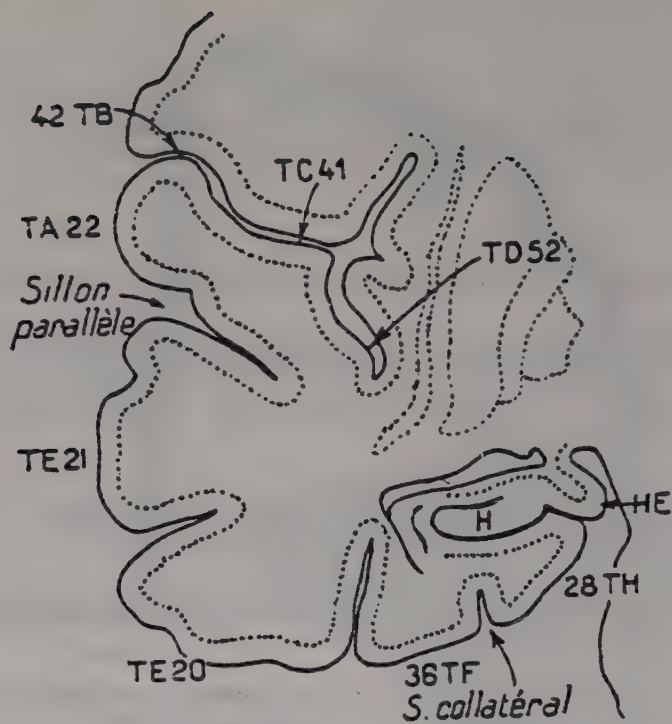


Fig. 2 : Les aires auditives centrales (d'après A. DELMAS dans "les grandes activités du lobe temporal").

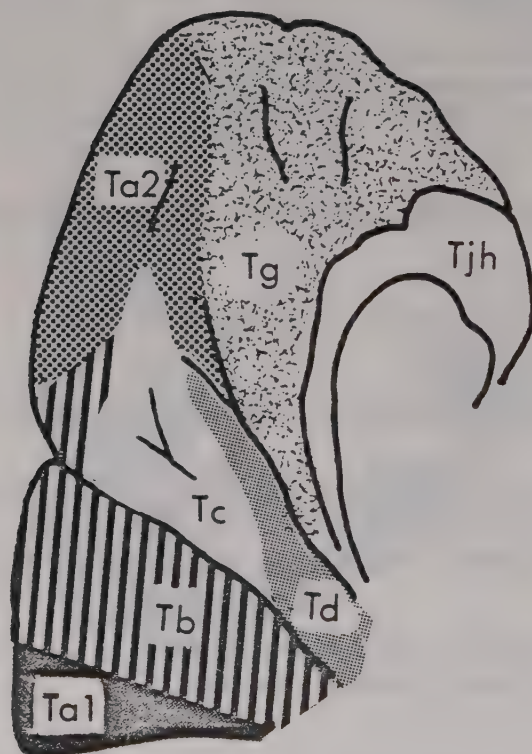


Fig. 3 : aires auditives centrales selon VON ECONOMO

B - LE CORTEX PARA-SENSORIEL :

Il correspond au champ supra-temporal simple ou AIRE TB de VON ECONOMO ou AIRE 42 de BRODMANN.

Selon VON BONIN son aspect est caractéristique : il s'agit d'une véritable aire para-striée auditive, comparable à l'aire parastriée visuelle

Il occupe la face supérieure de la première circonvolution temporale, au fond de la scissure de Sylvius, une partie des circonvolutions transverses de Heschl, ainsi qu'une partie du planum temporale.

Limites : l'aire TB (42) se continue progressivement vers le bas, avec l'aire TA (22).

C - LE CORTEX ASSOCIATIF :

C'est le champ temporal supérieur ou AIRE TA de VON ECONOMO ou AIRE 22 de BRODMANN.

Il s'étend le long de la face externe de la circonvolution temporale supérieure (T1) jusqu'au sillon parallèle.

Limites :

. en arrière : l'aire TA (22) déborde dans le planum temporale, le gyrus supra-marginalis (aire 40) qui se confond avec la circonvolution pariétale inférieure (P1) qu'elle prolonge morphologiquement et histologiquement.

Cette ressemblance entre le cortex temporal de T1 et le cortex pariétal de P1 montre que l'on est en pleine aire transitionnelle entre champ auditif et champ pariétal.

. en avant elle se prolonge en direction du pôle temporal.

- il faut également remarquer qu'elle est en relation par le faisceau arqué, avec la troisième circonvolution frontale, impliquée dans le langage,

- et en relation dans les deux sens avec l'aire TB (42) et l'aire TC (41).

D - Enfin, il faut insister sur le rôle du planum temporale, qui participe à l'aire para-sensorielle et à l'aire associative.

Les constatations anatomiques ont largement démontré le rôle que joue cette région du cortex auditif dans le langage, au niveau de l'hémisphère gauche, puisqu'elle est aussi un des constituants de la zone de Wernicke.

Tout ceci explique l'intérêt de l'étude des asymétries morphologiques.

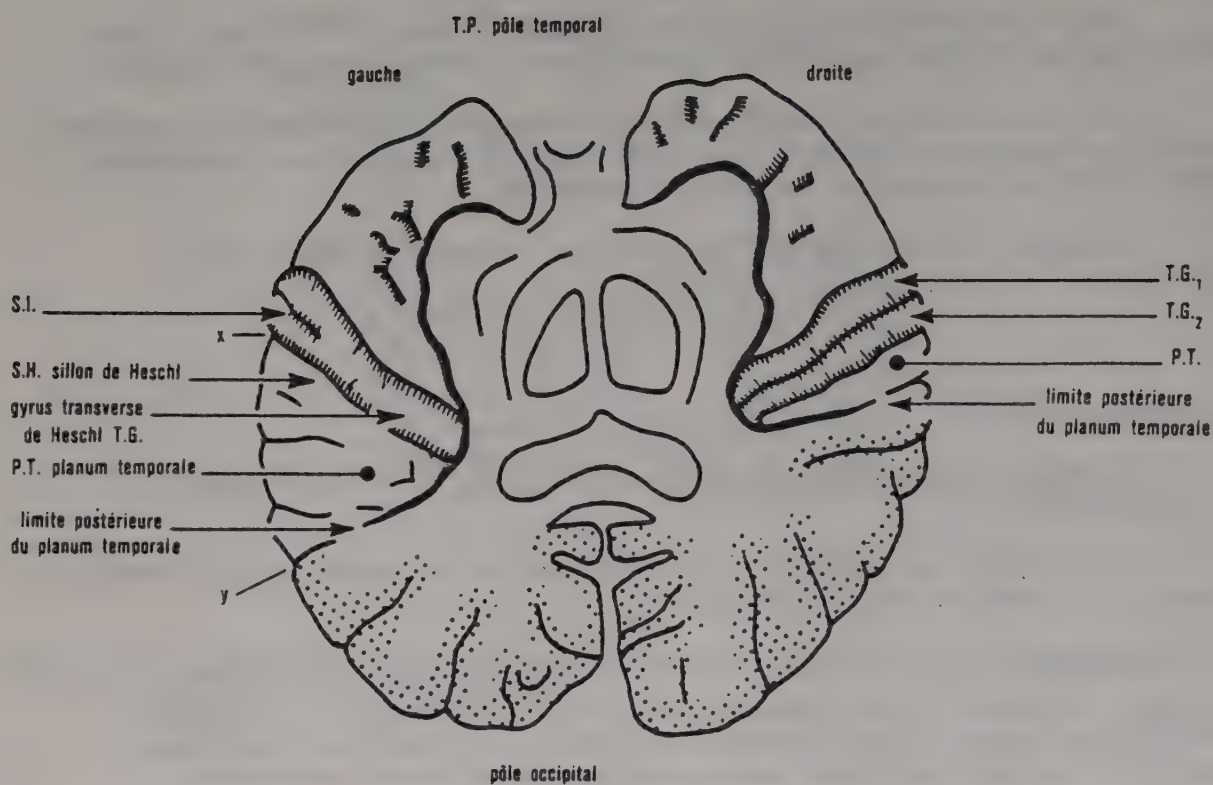


Fig. 4 :

Asymétrie du planum temporale, (emprunté à HECAEN)
(d'après GESCHWIND et LEVITSKI).

II - ASYMÉTRIES MORPHOLOGIQUES

La description des asymétries morphologiques entre les hémisphères cérébraux chez l'homme, est connue depuis longtemps, particulièrement au niveau du cortex temporal. Leur étude suscite un regain d'intérêt, car pour certains, et bien qu'aucune preuve n'ait été apportée, elles pourraient constituer le substratum anatomique de leur asymétrie fonctionnelle.

Dès 1884, EBERSTALLER montre que la scissure de Sylvius est plus longue à gauche qu'à droite sur la plupart des cerveaux examinés.

Par la suite, de nombreuses asymétries sont décrites, mais VON BONIN (1962), ne leur accorde guère d'importance, et BLINKOW (1968), va presque jusqu'à nier leur existence.

A - PLANUM TEMPORALE :

1° - L'étude de ces asymétries est relancée par GESCHWIND et LEVITSKI (1968) qui montrent sur une série de 100 cerveaux d'adultes que le planum tempore (participant à la constitution de l'aire TB et de l'aire TA de VON ECONOMO) a souvent une dimension variable d'un hémisphère à l'autre :

- dans 24 % des cas sa surface est la même à droite et à gauche,
- dans 65 % des cas il est plus large et plus long à gauche,
- dans 11 % des cas il est plus développé à droite.

Il est tentant de rapprocher cette asymétrie développée le plus souvent en faveur de l'hémisphère gauche, de la dominance qu'il manifeste pour le langage.

Il existe pourtant une lacune dans le travail de GESCHWIND et LEVITSKI qui ne disposent d'aucun renseignement leur permettant de savoir quelles pouvaient être, du vivant des sujets examinés, leur dominance hémisphérique pour le langage et leur préférence manuelle. Il est donc difficile, même en se référant aux données statistiques, d'établir une corrélation certaine entre surface du planum et dominance pour le langage. Ceci est encore plus vrai pour les 11 sujets chez lesquels l'asymétrie se manifeste en faveur de l'hémisphère droit.

2° - L'existence d'une telle asymétrie avait été évoquée sur des séries plus restreintes par FLECHSIG (1908), PFEIFFER (1921), VON ECONOMO et HORN (1930). Elle fut confirmée par les travaux de WADA (1971), TESZNER et Coll. (1975), KOPP et Coll. (1977).

- WADA (1971), WITELSON et PALLIE (1973) la décrivent également chez l'enfant et le prématuré, ce qui laisse à penser qu'il existe une prédisposition génétique de cette région pour les activités de langage.

3° - Il faut rapprocher de ces constatations :

- l'asymétrie de longueur de l'artère sylvienne en faveur de la gauche (YENI-KOMSHIAN et BENSON, 1976), constatée chez l'homme, et qui existe déjà chez le singe où elle est toutefois moins marquée.

- le fait que sur l'angiographie carotidienne, le point sylvien soit habituellement plus haut à droite qu'à gauche chez la majorité des droitiers et chez une minorité de gauchers (HOCHBERG et LEMAY, 1975).

B - CIRCONVOLUTIONS DE HESCHL :

BECK (1955) décrit sur 102 cerveaux, l'existence habituelle de deux circonvolutions transverses de Heschl à droite contre une seule à gauche.

Ceci n'est pas confirmé par WITELSON et PALLIE (1973), mais CAMPAIN et MINCKLER (1976) sur 30 cerveaux étudiés, font les mêmes constatations que BECK et calculent de plus la surface des gyri de Heschl qui leur apparaît en moyenne plus "développée" à droite (1380 mm²) qu'à gauche (1198 mm²).

Là encore il est bien difficile de tenter d'établir une corrélation entre asymétrie auditive perceptive et asymétrie anatomique.

Pour l'anecdote, il faut rappeler que BEHEIM-SCHWARZBACH (1974) a trouvé un développement très marqué de la première circonvolution de Heschl gauche chez trois musiciens...

C - SILLON PARALLELE :

KOPP et Coll. (1977) étudient l'aspect du sillon parallèle, décrit habituellement comme une ligne continue, sur 181 cerveaux. Pour eux, il existe parfois une discontinuité qu'ils appellent pont T1-T2, car elle crée un point de jonction entre ces deux circonvolutions. Elle est plus fréquente à gauche (30 % des cas) qu'à droite (5,5 % des cas). Il n'y a pas de corrélation statistique avec l'asymétrie du planum temporale.

CHAPITRE II

TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE

I - DÉFINITION

Sur le plan étymologique, dichotique est un néologisme anglo-saxon, repris par la langue française, formé de "dicho", qui implique une idée de séparation et de "otique" qui fait référence à l'oreille.

Alors que l'écoute binaurale utilise une présentation synchrone du même message aux deux oreilles, le principe de l'écoute dichotique consiste à délivrer simultanément des informations différentes à l'oreille droite et à l'oreille gauche.

II - HISTORIQUE

La reconnaissance des troubles centraux de l'audition est une acquisition récente. Il est vrai que chez l'homme, une lésion unilatérale localisée à l'aire auditive est rare, et plus rares encore sont les lésions bilatérales. Cependant, ce sont elles qui ont permis d'affirmer l'existence de la surdité corticale (HENSCHEN, 1917).

Dans le cas de lésions temporales unilatérales (qu'il y ait ou non atteinte de la zone de Heschl), il est démontré par l'audiométrie, que l'acuité auditive n'est pas altérée par un processus lésionnel central quel qu'il soit, comme peuvent l'être, la motricité, la sensibilité, le langage, ou le champ visuel. La raison évidente de cette absence apparente de déficit tient au fait que chacune des oreilles projette ses informations sur les deux hémisphères.

A - Pourtant, avant la découverte de l'écoute dichotique, certains travaux s'intéressaient à l'effet de telles lésions sur l'audition :

- Pour JERGER (1960), il est établi qu'elles ne provoquent aucune altération.

- SINHA (1959) décrit une perte très modérée de l'acuité auditive de l'oreille controlatérale à une lésion hémisphérique, sur les hautes fréquences.

- PENFIELD et EVANS (1934) ainsi que LONGO, FORSTER et AUTH (1957) étudiant la fonction de localisation du son, suggèrent que l'efficacité relative des deux oreilles peut être altérée par une lésion temporale, dans le champ auditif controlatéral.

- BOCCA, CALEARO, CASSINARI et MIGLIAVACCA, en 1955, objectivent les premiers une diminution significative de la reconnaissance des mots proposés à l'oreille controlatérale à une tumeur temporale, que celle-ci siège à droite ou à gauche, pourvu qu'on utilise comme stimulus, des messages difficilement intelligibles parce que filtrés ou accélérés.

- SINHA (1959) obtient des résultats identiques chez des patients présentant des lésions d'atrophie temporale.

- JERGER et MIER (1960) constatent qu'après lobectomie temporale incluant la zone de Heschl, apparaît un défaut de reconnaissance des mots pour l'oreille controlatérale.

D - Par la suite, le test d'écoute dichotique va être utilisé pour préciser :

1° - Les problèmes posés par la dominance hémisphérique : après l'étude de l'asymétrie fonctionnelle hémisphérique chez l'adulte droitier et gaucher, et de son développement chez l'enfant, on l'a crédité d'être un bon indice de latéralisation du langage ; dans une population normale, la majorité des individus a le langage dans l'hémisphère gauche, la main droite dominante et l'oreille droite prévalente, on a donc cherché à savoir :

a) s'il existait une corrélation statistiquement significative entre la dominance manuelle et la prévalence de l'oreille.

b) si l'on pouvait établir une corrélation entre la prévalence de l'oreille, constatée au test d'écoute dichotique, et la dominance hémisphérique pour le langage.

2° - Les perturbations de cette asymétrie en pathologie, qu'elle soit fonctionnelle ou organique.

III - APPORT DU TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE DANS L'ÉTUDE DE L'ASYMÉTRIE FONCTIONNELLE HÉMISPHERIQUE ET DANS CELLE DE SON DÉVELOPPEMENT CHEZ LE SUJET NORMAL

I - ETUDE DE LA DOMINANCE HEMISPHERIQUE CHEZ L'ADULTE DROITIER

Lorsque deux stimulus verbaux sont présentés simultanément à chaque oreille, la plupart des sujets testés répètent celui de l'oreille droite non seulement avant celui de l'oreille gauche, mais aussi plus souvent.

KIMURA (1961 b) est la première à attribuer cette asymétrie perceptive se traduisant par "L'AVANTAGE DE L'OREILLE DROITE" (R.E.A. : right ear advantage des auteurs anglo-saxons) à la dominance hémisphérique gauche pour le langage, connue depuis 1865, sous le nom de loi de DAX-BROCA.

Depuis, environ 200 articles ont été publiés, qui ont traité plus ou moins directement, à l'écoute dichotique et à l'asymétrie hémisphérique (BERLIN et Mc NEIL, 1976), précisant la dominance de chaque hémisphère selon le caractère verbal ou non verbal du matériel présenté.

Pourtant, tous les auteurs ne s'accordent pas avec la thèse de KIMURA. Ainsi, ont été discutés le rôle joué par la mémoire, l'ordre de rappel des stimulus présentés, et les facteurs attentionnels.

1° - ROLE DE LA MEMOIRE ET DE L'EFFET D'ORDRE DE RAPPEL :

Les items présentés à l'oreille droite sont le plus souvent rapportés en premier : cet effet d'ordre a été à la base des controverses.

a) Pour certains, l'effet d'ordre est en relation étroite avec la dominance hémisphérique gauche pour le langage : c'est ce qui est soutenu par BRYDEN (1962, 1964, 1966, 1967), SATZ et ACHENBACH (1965), BARTZ et Coll. (1967 a), BORKOWSKI et Coll. (1968).

Le sujet testé rapporte les items selon un ordre préférentiel naturel, en relation avec une asymétrie perceptive. Le rappel des items de l'oreille gauche fait intervenir la mémoire à court terme et provoque ainsi une perte qui explique la supériorité de l'oreille droite.

- GERBER et GOLDMAN (1971) utilisant des stratégies de rappel de stimulus verbaux synthétiques (rappel libre, ou rappel sur ordre, au cours duquel le sujet est averti du message à répéter en première position avant ou après présentation dichotique) arrivent aux mêmes conclusions, Car la supériorité de l'oreille droite, à la fois qualitative et quantitative, existe indépendamment de la stratégie de rappel.

- c'est aussi ce que pense ZURIF (1967).

b) Pour INGLIS (1960-1965) si la supériorité de l'oreille droite est bien en relation avec un déficit de la mémoire à court terme concernant les items présentés à l'oreille gauche, rien ne permet de l'attribuer à la dominance du lobe temporal gauche dans la perception du matériel verbal.

c) Essayant de résoudre ce conflit, INGLIS (1968), répondant à BRYDEN (1968), souligne que l'effet d'ordre (impliquant l'intervention de la mémoire à court terme) et l'effet d'asymétrie auditive (impliquant une dominance hémisphérique perceptive) ne sont pas des alternatives mutuellement exclusives, mais qu'elles peuvent coexister pour expliquer la supériorité de l'oreille droite.

d) En fait, les travaux de GOODGLASS et PECK (1972) confirment l'interprétation de KIMURA et permettent de mettre un terme à la discussion : faisant appel à une stratégie de rappel sur ordre, après présentation dichotique de mots, ils constatent l'existence d'une nette diminution des messages répétés en seconde position par les sujets examinés, uniquement lorsqu'ils parviennent par le canal de l'oreille gauche, mais non lorsqu'ils parviennent par celui de l'oreille droite.

2° - ROLE DES FACTEURS ATTENTIONNELS

Des travaux d'OXBURY et Coll. (1967), MURRAY et HITCHOCK (1969), de BRYDEN (1969) et de nombreux auteurs cités par BERLIN et Mc NEIL (1976) il faut retenir que la supériorité de l'oreille droite en écoute dichotique ne peut être attribuée à une meilleure attention sélective sur l'un des canaux.

Il semble donc bien que l'on soit en droit d'admettre que les phénomènes de latéralisation auditive tels qu'ils apparaissent dans la méthode dichotique, dépendent avant tout de la dominance cérébrale.

D'après les résultats des expériences faites chez des sujets normaux, il paraît bien exister une véritable spécialisation fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

A - DOMINANCE PERCEPTIVE DE L'HEMISPHERE GAUCHE POUR LE MATERIEL VERBAL

Le test d'écoute dichotique a permis d'améliorer nos connaissances sur la manière dont l'hémisphère gauche traite le matériel verbal auditif, aussi bien au niveau des traits subphonémiques qu'au niveau de l'analyse des constituants immédiats. Pour ce faire, les auteurs ont utilisé des stimulus divers:

1° - Chiffres et mots :

- en 1964, KIMURA puis DIRKS montrent que la supériorité de l'oreille droite, déjà reconnue auparavant pour les chiffres, est également manifeste pour les mots, ainsi que pour les syllabes dépourvues de sens.

- CURRY et RUTHERFORD (1967) arrivent aux mêmes conclusions, mais signalent que l'asymétrie est encore plus nette pour le rappel des mots.

. 2° - Sons verbaux inintelligibles :

En 1968, KIMURA et FOLB retrouvent une supériorité de l'oreille droite, même pour des sons verbaux enregistrés et présentés à l'envers, ce qui ne constitue pas une tâche aisée.

3° - Constituants de la structure phonétique du langage : (consonnes et voyelles)

a) CONSONNES :

- Pour SHANKWEILER et STUDDERT-KENNEDY (1966 b, 1967, 1970), l'asymétrie perceptive ne dépend pas seulement du caractère signifiant du matériel verbal présenté car la meilleure perception des sons de langage par l'hémisphère gauche existe déjà pour la structure phonétique.

Ces auteurs élaborent un test d'écoute dichotique utilisant comme stimulus de la parole synthétique, et présentant au hasard :

- . des paires de voyelles,
- . des paires de syllabes formées d'une association
consonne-voyelle (CV) dans lesquelles les consonnes sont des occlusives qui
diffèrent selon leur trait de voisement et leur lieu d'articulation, la voyelle
étant toujours " a ". Les paires de CV sont les suivantes : "Pa - Ta - Ka - Ba -
Da - Ga ".

La supériorité de l'oreille droite n'est significative que pour les paires CV.

- STUDDERT-KENNEDY et SHANKWEILLER (1970) reprennent leurs travaux en utilisant cette fois le langage naturel et en proposant des paires de syllabes associant : consonne - voyelle - consonne (CVC) dans lesquelles la voyelle est toujours emboîtée entre la consonne initiale et la consonne finale.

. la supériorité de l'oreille droite est manifeste pour les consonnes initiales, moins marquée pour les consonnes finales, mais n'existe pas pour les voyelles.

. il existe une supériorité significative de l'oreille droite pour la discrimination des traits de voisement et des lieux d'articulation, particulièrement pour les consonnes occlusives initiales.

. les consonnes ne sont pas perçues comme un tout : les traits de voisement et d'articulation sont extraits isolément.

. en analysant les réponses erronées pour les paires de consonnes contrastant par ces deux traits (voisement - articulation), les auteurs constatent que le voisement seul est le plus souvent identifié correctement, ce qui démontre clairement que les traits subphonémiques du son verbal sont décodés indépendamment les uns des autres, essentiellement par le lobe temporal gauche.

. si les voies controlatérales sont plus efficaces que les voies ipsilatérales, selon le modèle de KIMURA, il n'en demeure pas moins qu'elles sont égales entre elles : les signaux droits et gauches atteignent donc leur hémisphères cibles dans un état équivalent. Les deux hémisphères paraissent être équipés pour l'extraction des paramètres acoustiques du langage (transformation des potentiels d'action en dimensions psychologiques de tonalité, de timbre, de durée, de puissance). Mais l'hémisphère gauche est spécialisé dans cette partie du processus perceptif qui est vraiment linguistique car il régit la séparation d'un complexe de paramètres acoustiques en traits phonologiques.

b) VOYELLES :

- HAGGARD (1969, 1971), s'est préoccupé de l'absence de supériorité de l'oreille droite pour les voyelles, décrite par STUDDERT-KENNEDY.

En utilisant des voyelles et des semi-voyelles synthétiques formant des monosyllabes, il constate un avantage de l'oreille droite.

- DARWIN (1971) est beaucoup moins affirmatif, tout en reconnaissant l'existence possible d'une supériorité de l'oreille droite pour la reconnaissance des voyelles.

- Pour SPELLACY et BLUMSTEIN au contraire (1970), les voyelles ne seraient pas considérées comme du langage par l'hémisphère gauche, ce qui expliquerait l'absence d'asymétrie des réponses dans le cas présent.

4° - Rôle de la syntaxe :

ZURIF et SAIT (1970) ont recherché si, dans les constituants du langage, d'autres éléments pouvaient être soumis à une dominance hémisphérique gauche, particulièrement les éléments intervenant au niveau syntaxique.

De leurs travaux, on peut retenir que :

- si l'effet de latéralisation existe au niveau de la structure phonétique intégrant l'analyse en constituants,

- il est difficile de savoir si le système syntaxique est traité en tant que tel, ou si ce sont ses corrélats acoustiques (intonation, rythme, pause, accent) qui le sont.

B - DOMINANCE PERCEPTIVE DE L'HEMISPHERE DROIT POUR LE MATERIEL NON VERBAL

L'hémisphère droit a sans doute des possibilités de décodage verbal assez primaires (GAZZANIGA et Coll., 1971). Il n'en est pas pour autant un hémisphère "mineur" car sa dominance s'exprime pour d'autres tâches auditives :

1 - Dès 1961, KIMURA tenant compte des résultats obtenus par B. MILNER en 1958, avec le test de SEASHORE, démontrant le rôle prépondérant de l'hémisphère droit pour la reconnaissance des sons non verbaux, trouve une asymétrie, toutefois peu significative, au bénéfice de l'oreille gauche lors de la présentation dichotique de deux "clicks".

En améliorant la technique par présentation d'un bruit blanc à l'oreille contralatérale, MURPHY et VENERABLES (1969, 1970) décrivent une nette supériorité de l'oreille gauche.

2 - D'autres stimulus non verbaux vont être étudiés en écoute dichotique :

a) MELODIES - SONS MUSICAUX :

KIMURA (1964) découvre une asymétrie perceptive pour les mélodies : l'oreille gauche est supérieure à l'oreille droite pour les extraits de concertos, chez des sujets où l'avantage de l'oreille droite pour les chiffres est retrouvée :

Il existe donc une dissociation franche des possibilités de chaque hémisphère en fonction du matériel présenté.

SPELLACY (1970), SPREEN et Coll. (1970), GORDON (1970), BARTHOLOMEUS (1974), retrouvent tous une supériorité de l'oreille gauche, soit pour les mélodies, soit pour les sons musicaux sinusoïdaux.

b) SIGNAUX SONAR :

En 1966, CHANEY et WEBSTER présentent à des sujets entraînés des signaux sonar et des sons verbaux.

A leur tour, ils constatent une asymétrie des performances, l'oreille droite étant meilleure pour le langage, et l'oreille gauche pour le matériel non verbal.

c) BRUITS FAMILIERS :

CURRY, en 1967, apporte un nouvel élément en démontrant la supériorité de l'oreille gauche pour la reconnaissance des bruits familiers.

c) INTONATION :

HAGGARD et PARKINSON (1971) présentant des phrases exprimées sur différents tons émotionnels, en compétition avec un bruit de conversation, ne trouvent pas de supériorité de l'une ou l'autre oreille pour la répétition des phrases. Par contre, l'oreille gauche se révèle franchement meilleure pour rendre compte de l'intonation.

II - LE TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE DANS L'ETUDE DE LA LATERALISATION HEMISPHERIQUE
DU LANGAGE - INTERET DE L'EXAMEN DES GAUCHERS.

Si les droitiers ont presque toujours une dominance hémisphérique gauche pour le langage (WADA, 1949), l'inverse est beaucoup plus aléatoire chez les gauchers. BRANCH et Coll. (1964) reprenant le test de WADA, estiment que chez 90 % des droitiers et chez environ 60 % des gauchers, les fonctions linguistiques sont assurées par le seul hémisphère gauche.

Les confrontations anatomo-cliniques faites sur de grandes séries, démontrent que l'on n'est jamais assuré, essentiellement chez le gaucher, d'une corrélation indubitable entre préférence manuelle et dominance hémisphérique pour le langage.

- Pour HECAEN et SAUGUET (1971) :

. les gauchers avec antécédents familiaux présentent un nombre sensiblement égal d'aphasie ou d'alexie après lésion droite ou gauche.

. pour les gauchers sans antécédents familiaux, ces troubles sont pratiquement inexistants après lésion hémisphérique droite.

Statistiquement, la latéralisation droite du langage a donc plus de chance de s'observer dans la gaucherie familiale.

ZANGWILL (1976), sur 1149 lésions gauches et 984 lésions droites publiées dans la littérature montre que :

- en cas de lésion gauche : 60 % des droitiers et 55 % des gauchers ont des troubles du langage.

- en cas de lésion droite, l'aphasie s'observe chez environ 2 % des droitiers et 30 % des gauchers.

ANNETT (1975, 1976), reprend les séries publiées par CONRAD (1949), BINGLEY (1958), PENFIELD et ROBERT (1959), HECAEN et AJURIAGUERRA (1964), NEW COMBE et RATCLIFF (1973), soit au total 2343 cas de lésions droites et gauches. Sur l'ensemble des 777 patients qui présentent des troubles du langage :

32 % sont droitiers,

43 % sont gauchers.

Cette constatation plaide en faveur d'une ambilatéralité cérébrale chez les gauchers.

Il existe une faible relation entre latéralité manuelle et cérébralité car :

- s'il est vrai que la majorité des gauchers ont le langage à gauche (puisque'ils ont des troubles du langage en cas de lésion gauche),

- il est vrai aussi que parmi les sujets présentant un trouble du langage par lésion droite, les gauchers sont les plus nombreux.'

et que les droitiers ayant le langage à droite (c'est-à-dire des troubles du langage par lésion droite,) sont très peu nombreux et comptent pour environ 2 % dans les statistiques.

La question est donc posée de savoir si le test d'écoute dichotique qui a l'avantage de son innocuité, est capable de déterminer avec autant de certitude que le test à l'Amytal, la latéralisation hémisphérique pour le langage. Il s'agit donc de voir s'il existe un lien entre préférence manuelle et prévalence de l'oreille révélée par l'écoute dichotique de matériel verbal, susceptible de nous permettre de déduire avec une quasi-certitude, quel hémisphère est impliqué dans les fonctions linguistiques.

A - CHEZ L'ADULTE :

1° - KIMURA (1961 a) montre que chez 13 gauchers existe une supériorité de l'oreille controlatérale à l'hémisphère où siège la représentation du langage (déterminée par le test de WADA), pour la répétition des chiffres, sans trouver de corrélation entre main dominante et oreille prévalente.

2° - SATZ et Coll. (1965) réalisent des expériences d'écoute dichotique de chiffres chez des droitiers et des gauchers.

En dehors des résultats qui confirment les études antérieures pour les droitiers, ils constatent chez les gauchers :

a) qu'il existe une forte interaction entre la prévalence auditive et la dominance manuelle.

b) que la différence entre les performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche est plus nette chez les droitiers que chez les gauchers. La grande variabilité des résultats leur permet de conclure à la relative fréquence de la bilatéralité de la répartition du langage chez les gauchers, ce qui s'accorde avec ce que l'on savait déjà par expérience clinique.

3° - SATZ et Coll. (1967) montrent que plus la préférence manuelle est affirmée chez les droitiers (et confirmée par les tests) plus on peut s'attendre à une supériorité de l'oreille droite pour le matériel verbal, mais que, par contre, il est impossible de prévoir ainsi la dominance hémisphérique chez les gauchers, même fortement latéralisés, car dans ce cas précis, les résultats de l'écoute dichotique font apparaître deux groupes sensiblement égaux.

- l'un présentant une supériorité de l'oreille gauche,
- l'autre présentant une supériorité de l'oreille droite.

4° - CURRY (1967) pour comparer les performances des droitiers et des gauchers, utilise une présentation dichotique de matériel verbal et de matériel non verbal :

a) les performances moyennes de l'oreille droite sont plus élevées chez les droitiers que chez les gauchers, pour les tâches verbales.

b) les performances moyennes de l'oreille gauche sont plus élevées dans les deux groupes, pour les tâches non verbales.

c) l'écart entre les performances des deux oreilles est moins important chez les gauchers que chez les droitiers, aussi bien pour les tâches verbales que pour les tâches non verbales.

d) la comparaison des résultats en fonction du test proposé, fait apparaître chez certains sujets une inversion, l'oreille gauche étant meilleure pour les tâches verbales et l'oreille droite pour les tâches non verbales.

Cette inversion concerne plus souvent les gauchers que les droitiers.

5° - CURRY et RUTHEFORD (1967) présentent soit des mots significatifs soit des morphèmes grammaticaux, soit des syllabes dépourvues de sens (logatomes) à 12 droitiers et 12 gauchers :

a) les droitiers, en tant que groupe ont une supériorité de l'oreille droite, pour les trois types d'items.

b) le nombre total d'items reconnus par l'ensemble des droitiers est pratiquement égal à celui reconnu par l'ensemble des gauchers.

c) les gauchers, en tant que groupe, ont encore une supériorité de l'oreille droite, mais elle n'est plus significative : par rapport aux droitiers, ils montrent de meilleures performances de l'oreille gauche, qui tendent ainsi

à rendre presque nulle l'asymétrie observée chez ces derniers.

6° - KNOX et BOONE (1970), sur un échantillon d'individus se déclarant gauchers, ne trouvent que 14 % de sujets répondant à leurs critères de gaucheris, basés sur la préférence de la main et du pied. Chez eux :

a) il n'existe aucune différence significative entre les performances des oreilles droites et gauches, dans les conditions normales d'écoute dichotique de matériel verbal.

b) par contre, un avantage de l'oreille gauche apparaît lorsque l'on complique le test, par exemple par adjonction de bruit blanc aux stimulus présentés, et ceci est surtout le propre des gauchers familiaux.

7° - Pour ZURIF (1967), ZURIF et BRYDEN (1969) :

a) La supériorité de l'oreille droite se retrouve chez les droitiers et chez les gauchers sans antécédents familiaux.

b) en revanche, les gauchers familiaux paraissent avoir une plus grande équi-potentialité hémisphérique.

8° - DEE (1971) étudie un groupe de gauchers. Selon la préférence manuelle, il les répartit en deux groupes : gauchers nettement latéralisés et gauchers modérément latéralisés.

a) pour l'ensemble des deux groupes, il existe un avantage de l'oreille droite pour le matériel verbal, dans 60 % des cas. Ceci correspond exactement aux résultats obtenus par BRANCH avec le test à l'Amytal.

b) Pour le groupe des forts gauchers, la tendance est à l'inversion de l'asymétrie perceptive observée chez les droitiers.

c) pour le groupe des gauchers modérés, la tendance est ici à une supériorité de l'hémisphère droit pour les stimulus verbaux, comme pour les stimulus non verbaux. Il n'y a donc pas inversion du schéma habituel d'asymétrie perceptive : ces sujets semblent avoir un type d'asymétrie différent de celui observé chez les forts droitiers ou chez les forts gauchers.

9° - ETTLINGER et Coll. (1972), chez 8 malades présentant une agénésie calleuse, répartis en deux groupes d'après leur préférence manuelle, trouve une assez bonne corrélation entre préférence manuelle et prévalence de l'oreille car l'écoute dichotique de chiffres fait apparaître une supériorité de l'oreille gauche chez 2 des 3 gauchers et une supériorité de l'oreille droite chez 4 des 5 droitiers.

10° - HINES et SATZ (1974), après étude de l'asymétrie hémisphérique pour diverses modalités sensorielles (écoute dichotique et test d'hémichamp visuel) concluent que les gauchers peuvent présenter une dominance hémisphérique gauche pour le langage auditif en écoute dichotique, et une dominance hémisphérique droite pour le langage visuel au test d'hémichamp, ou vice-versa.

B - CHEZ L'ENFANT :

1° - BRYDEN (1970) fait passer un test d'écoute dichotique (chiffres) à des enfants de 7 à 12 ans. Il constate que :

- la supériorité de l'oreille droite s'affirme avec l'âge chez les droitiers alors qu'elle diminue chez les gauchers.

- la différence entre droitiers et gauchers, pour les scores de l'oreille droite et de l'oreille gauche, ne devient significative que vers l'âge de 11 - 12 ans.

L'analyse des résultats des gauchers en fonction de la présence ou de l'absence d'antécédents familiaux de gaucherie, ne permet pas de retrouver ce qui avait été constaté chez l'adulte selon les mêmes critères.

Pourtant les gauchers familiaux montrent dans l'ensemble, une supériorité de l'oreille droite moindre que celle observée dans le groupe des gauchers non familiaux.

2° - MICHEL et LABOUREL (1977), soumettent à un test d'écoute dichotique (mots) 125 enfants normaux, âgés de 3 à 7 ans, dont 20 sont gauchers ou ambidextres : la prévalence de l'oreille gauche n'est observée que chez un quart de ces sujets ; cette proportion est à peine plus élevée que chez les droitiers où un avantage de l'oreille gauche est constaté dans 20 % des cas.

C - EN SOMME :

1° - La plupart des travaux, dont ceux récents, de BRIGGS et NEBES (1975), LISHMAN et Mc MEEKAN (1977), indiquent des tendances qui ont une valeur statistique intéressante :

a) dans une population de droitiers et de gauchers, l'oreille droite est (en moyenne) prévalente.

Dans une population de gauchers, l'avantage de l'oreille droite existe encore mais l'asymétrie est beaucoup moins nette que chez les droitiers, parce que, dans l'ensemble, les gauchers ont de meilleures performances de l'oreille gauche.

b) dans une population comprenant droitiers et gauchers, certains individus manifestent une supériorité de l'oreille gauche : il s'agit parfois de droitiers, beaucoup plus souvent de gauchers.

Dans ce cas, la prévalence de l'oreille gauche est en moyenne plus nette chez les gauchers que chez les droitiers et plus nette chez les gauchers familiaux que chez les gauchers non familiaux.

2° - Mais ce qui est significatif pour un groupe ne l'est plus pour un individu.

a) la corrélation (dans les deux sens) entre dominance manuelle et prévalence de l'oreille, aurait une valeur statistiquement significative si l'on pouvait regrouper tous les travaux que nous avons cités.

Elle ne permet pourtant pas, pour un individu pris isolément, de décider quelle est sa dominance manuelle au vu de ses performances au test d'écoute dichotique, ou réciproquement.

b) Comme la corrélation entre dominance manuelle et latéralisation du langage est elle aussi hasardeuse, nous sommes placés face à deux échelons d'incertitude.

c) enfin, il n'est pas possible d'établir de corrélation directe entre prévalence de l'oreille et latéralisation du langage. Pour cela, il faudrait :

- soit pratiquer un test de WADA chez tous les sujets normaux soumis à l'écoute dichotique.

- soit faire un test dichotique à d'innombrables sujets et attendre, au hasard de la pathologie, que quelques-uns deviennent aphasiques...

Il est évident que ces conditions sont utopiques.

Le test d'écoute dichotique ne saurait donc remplacer le test à l'amytal, pour déterminer dans quel hémisphère se trouve le langage, avant de décider d'une intervention chirurgicale mutilante.

III - TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE ET ETUDE DU DEVELOPPEMENT DE L'ASYMETRIE

AUDITIVE FONCTIONNELLE CHEZ L'ENFANT

Chez l'enfant, l'écoute dichotique n'a pas suscité autant de travaux que chez l'adulte, puisque BERLIN et Mc NEIL (1976) ne répertorient que 23 articles sur ce sujet.

A - LE PREMIER TRAVAIL est celui de KIMURA (1963 b) :

En proposant des paires de chiffres, elle constate chez l'enfant, comme chez l'adulte, qu'il y a plus de réponses correctes pour les messages de l'oreille droite que pour les messages de l'oreille gauche, et que cette supériorité

rité de l'oreille droite, présente dès l'âge de 4 ans, décroît progressivement à mesure que l'âge avance.

B - DANS DES ETUDES ULTERIEURES, KNOX et KIMURA (1970) retrouvent l'avantage de l'oreille droite pour les sons verbaux et observent comme chez l'adulte, une supériorité de l'oreille gauche pour les sons non verbaux.

C - CETTE SUPERIORITE DE L'OREILLE DROITE CHEZ L'ENFANT est également admise par GEFNER et HOCHBERG (1971) avec des paires de chiffres, NAGAFUCHI (1970) avec des paires de chiffres et des mots de 2 ou 3 syllabes

BERLIN et Coll. BRYDEN et ALLARD (1973) avec des paires consonnes-voyelles (CV)

SATZ et Coll. (1975) avec des paires de chiffres

INGRAM (1975) et GEFFEN (1976) avec des paires de mots.

D - SI TOUS S'ACCORDENT pour reconnaître l'avantage de l'oreille droite, il y a par contre désaccord entre les auteurs sur l'évolution de l'asymétrie dans le temps ; certains la voient s'accroître, d'autres se réduire. (études critiques de PORTER et BERLIN, 1975).

1° - F. MICHEL et D. LABOUREL (1977) sont les premiers à entreprendre une telle étude en langue française.

- pour eux, la présentation des paires de chiffres par triades (3 chiffres à droite, 3 chiffres à gauche) teste, outre le processus d'intégration phonétique et linguistique, une forme de mémoire à court terme.

- la répétition des paires consonne-voyelle dépourvues de signification, teste très bien le niveau phonétique des processus d'intégration, mais la répétition de ces items reste une tâche abstraite pour de jeunes enfants.

- ils utilisent donc, de façon à pouvoir étudier valablement l'évolution au cours du temps, 40 paires de mots familiers, présentés à 125 enfants âgés de 2,5 à 7,5 ans, pris dans cinq classes d'une école communale.

Leurs résultats sont étudiés sur un mode quantitatif et qualitatif :

a) QUANTITATIVEMENT :

. en moyenne, les réponses droites sont plus nombreuses que les réponses gauches pour toutes les classes d'âge (même pour des enfants de 3 ans) bien que certains enfants aient une oreille gauche prévalente (20 % des cas).

. cette asymétrie diminue avec l'âge pour devenir négligeable à la 7e année ; les performances de l'oreille gauche augmentant au fil du temps, il n'y a donc pas émergence d'une asymétrie en faveur de l'oreille droite. Au contraire, l'écart se comble progressivement.

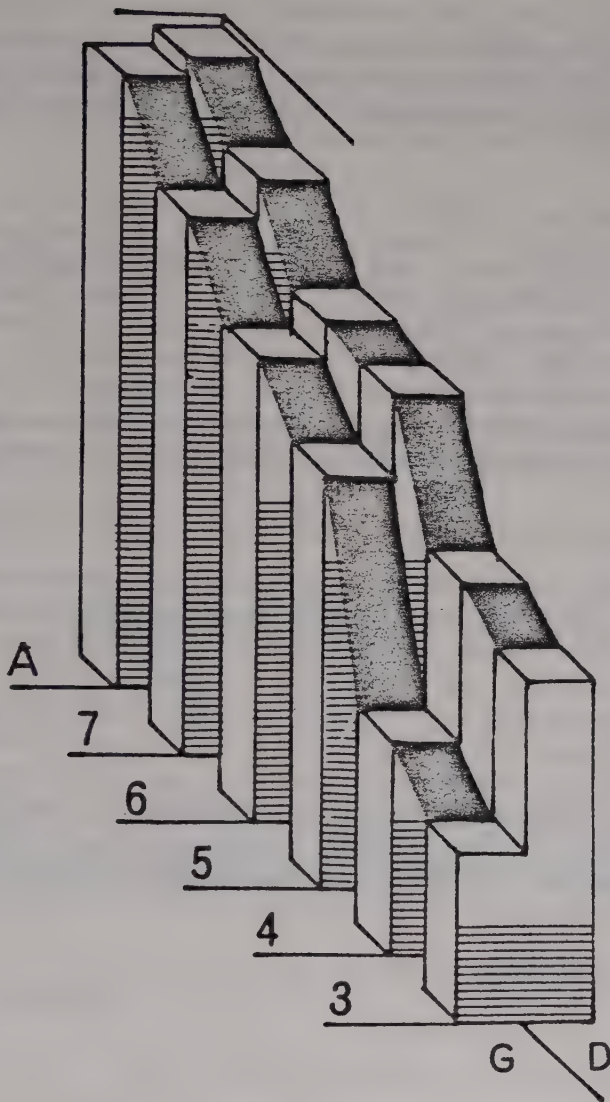
b) QUALITATIVEMENT :

En étudiant la qualité des réponses par paires, on voit que :

. si le nombre des réponses unilatérales parfaites et imparfaites croît assez régulièrement, avec cependant un gain plus important entre 4 et 5 ans,

. Le nombre des réponses doubles parfaites et imparfaites fait un bond spectaculaire entre l'âge de 4 et 5 ans, comme si le cerveau devenait alors capable de faire deux choses à la fois, sans qu'il soit possible de dire s'il perçoit mieux ou s'il restitue mieux.

Reponses parfaites : progression



2° - Ces résultats doivent être comparés :

a) à ceux de BERLIN et Coll. (1975), qui utilisent des paires CV chez des enfants de 5, 7, 9, 11 et 13 ans.

Pour eux, quantitativement :

- les performances droites restent stables
 - les performances gauches diminuent
-) avec l'âge

aboutissant à un accroissement de l'avantage de l'oreille droite, tandis que le nombre des réponses par paire augmente.

Leurs résultats sont donc différents de ceux de MICHEL et LABOUREL qui trouvent une explication dans la modalité du test : la restitution des mots diffère de celle des paires consonnes-voyelles parce que la tâche verbale suit de plus près l'acquisition du langage, alors que la tâche phonémique décèle dès l'âge de 5 ans un plafond de discrimination qui ne pourra s'améliorer ultérieurement.

b) à ceux d'INGRAM (1975) qui teste avec des mots des enfants de 3, 4 et 5 ans. Elle constate elle-aussi un avantage pour l'oreille droite, mais ne commente pas l'évolution des performances. Cependant, au vu des résultats publiés, on peut constater qu'au cours de l'évolution, les performances de l'oreille droite s'améliorent tandis que celles de l'oreille gauche diminuent, contrairement à MICHEL et LABOUREL, qui observent une amélioration continue des performances droites et gauches, avec un pic entre 4 et 5 ans, le gain étant supérieur pour l'oreille gauche.

c) à ceux de GEFFEN (1976) qui, testant des enfants avec des mots plus une réponse comportementale, observe dès l'âge de 5 ans, une prévalence de l'oreille droite qui, pour elle reste stable, ce qui est plus proche des résultats de MICHEL et LABOUREL.

Il existe donc des divergences d'appréciation qui incitent à poursuivre les recherches. Il faut cependant retenir que dès l'âge de 3 ans l'enfant présente une asymétrie fonctionnelle en faveur de l'oreille droite.

IV - APPLICATION DU TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE À LA PATHOLOGIE

I - APPLICATION A LA PATHOLOGIE FONCTIONNELLE

(dyslexie, bégaiement, retards de langage).

De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse que la dyslexie (ORTON, 1929) et le bégaiement (ORTON, 1928, TRAVIS 1931, P.F. GIRARD 1952, BEECH et FRASELLA 1968) pouvait être liée à une mauvaise latéralisation du langage.

Le test d'écoute dichotique a permis une nouvelle approche de ces troubles fonctionnels. Il a trouvé aussi une application clinique dans l'étude des retards de langage.

A - DYSLEXIE :

Peut-on démontrer qu'elle dépend d'un trouble du développement du langage en relation avec un défaut de latéralisation complète de cette fonction ?

- les résultats des travaux utilisant l'écoute dichotique divergent :

1 - En faveur de cette théorie :

BRYDEN (1970) se préoccupe des relations entre aptitude à la lecture et asymétrie perceptive en étudiant un groupe de 90 enfants non dyslexiques (comportant 10 gauchers) chez lesquels les capacités de lecture ont été quantifiées. Il constate que, par rapport aux mauvais lecteurs, les bons lecteurs ont plus souvent une dominance main-oreille non croisée.

ZURIF et CARSON (1970) comparent les performances d'enfants dyslexiques et d'enfants n'ayant pas de problème de lecture.

. les sujets "normaux" présentent effectivement un avantage de l'oreille droite.

. les dyslexiques manifestent une tendance à la supériorité de l'oreille gauche.

2 - Contre cette théorie :

SOBOTKA (1973), trouve un avantage de l'oreille droite tout à fait comparable à celui des sujets témoins, chez 24 enfants dyslexiques.

YENI-KOMSHIAN et Coll. (1975) entreprennent une étude comparative des performances d'enfants dyslexiques et d'enfants non dyslexiques, tous droitiers, mais dont certains (dans les deux groupes) ont des antécédents

familiaux de gaucherie:

- au test d'écoute dichotique : dans l'ensemble, les bons lecteurs ont des scores supérieurs à ceux des dyslexiques ; l'avantage de l'oreille droite est retrouvé dans les deux groupes, mais l'asymétrie entre les deux oreilles est moins nette chez les dyslexiques.

Certains enfants manifestent parfois une supériorité très marquée de l'oreille droite, d'autant plus qu'ils ont des antécédents familiaux de gaucherie, ceci spécialement chez les dyslexiques. Cette constatation est à l'opposé de ce qu'on pouvait attendre à priori.

- les résultats du test d'hémichamp visuel pratiqué conjointement suggèrent que les dyslexiques souffrent d'une dégradation du traitement de l'information verbale, soit dans l'hémisphère droit, soit lors du transfert interhémisphérique.

B - BEGAIEMENT :

CURRY et GREGORY (1969), sont les seuls à trouver une supériorité de l'oreille gauche dans ce cas.

Depuis, QUIN (1972), SLORACH et NOEHR (1973), SUSSMAN et MAC NEILAGE (1975), DORMAN et PORTER (1975), ont démontré que chez l'enfant ou l'adulte, la dominance verbale n'était pas un facteur étiologique du bégaiement, les performances étant identiques chez les bégues et chez les sujets normaux (R.E.A. : right ear advantage).

C - RETARDS DE LANGAGE :

Il n'est pas toujours facile de savoir si les retards de langage sont dus à un trouble fonctionnel ou à une atteinte organique.

SOMMER et TAYLOR (1972) trouvent une supériorité de l'oreille gauche statistiquement significative chez des enfants présentant un retard de langage (L.E.A. : left ear advantage).

MICHEL (travail en cours), constate à plusieurs reprises, chez des enfants présentant un retard de langage sans autre symptôme pouvant faire suspecter une atteinte organique, des performances très asymétriques au test d'écoute dichotique.

Le bilan paraclinique poussé sur la foi de ce seul examen, a permis dans plusieurs cas de révéler une lésion hémisphérique méconnue jusque là.

Il est sûr que si le test d'écoute dichotique n'a sans doute guère plus à apporter dans l'étude du bégaiement et dans celle des dyslexies, il doit se développer dans l'exploration des retards de langage.

II - APPLICATION A LA PATHOLOGIE ORGANIQUE

A - APPORT DU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE DANS L'ETUDE DE LA MEMOIRE A COURT TERME

1° - INGLIS et SANDERSON (1961), INGLIS et CAIRD (1963) sont les premiers à objectiver en étudiant l'ordre de rappel des stimulus en écoute dichotique, un déficit de la mémoire à court terme chez les vieillards. Ils constatent également que l'importance du déficit croît en fonction de l'âge.

2° - GOODGLASS et PECK (1972), comparent les performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche dans la mémoire à court terme, après présentation dichotique de paires de mots :

- chez des malades présentant un syndrome de Korsakoff, d'étiologie alcoolique,
- chez des alcooliques sans troubles mnésiques,
- chez des sujets sains.

Dans tous les cas, ils constatent un déficit marqué, mais d'importance variable selon le groupe, du nombre de mots rapportés en seconde position lorsqu'ils proviennent de l'oreille gauche (et non lorsqu'ils proviennent de l'oreille droite).

Ce déficit est très important dans tous les cas de Korsakoff, où il ne traduit pourtant que l'exagération du phénomène observé chez les sujets normaux.

Ces résultats en cas de syndrome de Korsakoff, confirment les conclusions de SAMUELS et Coll. (1971) : par une autre méthode, ils avaient montré la nécessité d'un délai de trois secondes après présentation d'un stimulus, pour qu'apparaisse un déficit de la mémoire immédiate tant visuelle qu'auditive. En effet, GOODGLASS et PECK calculent que trois secondes se passent entre l'application de la stimulation dichotique et la répétition du premier message, alors que quatre secondes sont nécessaires pour la répétition du second message. L'apparition d'un déficit sélectif pour les messages parvenant au lobe temporal droit par le canal de l'oreille gauche, fait la preuve pour ces auteurs, de l'asymétrie perceptive hémisphérique.

B - L'ECOUTE DICHOTIQUE DANS LES LESIONS DU CORPS CALLEUX :

1° - COMMISSUROTOMIES :

a) MILNER, TAYLOR et SPERRY, puis SPARKS et GESCHWIND en 1968, démontrent qu'après section longitudinale du corps calleux chez l'adulte droitier, la perception des chiffres (MILNER), des chiffres et des mots (SPARKS) en écoute dichotique est presque totalement supprimée sur l'oreille gauche.

Ces recherches apportent une information très importante pour l'interprétation du mécanisme des effets de l'écoute dichotique : l'extinction gauche après callosotomie ne s'explique que si l'on admet que le message donné à l'oreille gauche parvient d'abord au lobe temporal droit par la voie croisée puis au lobe temporal gauche par l'intermédiaire de la voie calleuse avant d'être répété, et là se trouve bloqué par la voie croisée qui part de l'oreille droite : c'est le modèle proposé pour SPARKS et GESCHWIND.

SPARKS constate que chez le callosotomisé, si l'on répète le test plusieurs fois de suite, les performances de l'oreille gauche s'améliorent de 35 %. Il en déduit que la seule explication logique réside en un meilleur usage de la voie ipsilatérale, par habitude.

MICHEL et PERONNET (1975) publient un cas de commissurotomie très particulier, car il est une image en miroir de ce qui a été observé par SPARKS et par MILNER et Coll. : leur patiente chez laquelle le test de WADA a démontré une latéralisation hémisphérique droite pour le langage, a des performances normales au test d'écoute dichotique pré-opératoire. Après callosotomie, dans les deux semaines qui suivent l'intervention, alors que les signes de disconnexion sont évidents, apparaît une extinction des messages parvenant à l'oreille droite. C'est dire que le transfert calleux chez cette malade se fait du lobe temporal gauche (mineur) vers le lobe temporal droit (dominant) d'où l'extinction sur l'oreille droite à l'inverse des sujets normaux dont l'hémisphère gauche est dominant. Cette extinction persiste six mois après, mais s'atténue considérablement au dixième mois.

L'explication de cette amélioration inattendue est difficile : meilleur usage des voies directes, selon le modèle de SPARKS ? section incomplète ?

b) GORDON (1975) bien qu'il ne s'agisse pas d'une technique faisant appel à l'écoute dichotique, s'intéresse au temps de réponse vocale après commissurotomie complète. Il constate que chez les callosotomisés, si le taux de bonne réponse est le même, les mots sont répétés plus vite lorsqu'ils sont présentés à l'oreille droite que lorsqu'ils le sont à l'oreille gauche.

La section calleuse associée à la présentation d'un stimulus verbal nécessite pour ce test une utilisation exclusive de l'hémisphère gauche. Les scores de l'oreille droite sont donc liés à l'usage de la voie contralatérale, les scores de l'oreille gauche à celui de la voie ipsilatérale.

Il est ainsi démontré que les voies auditives contralatérales sont plus rapides que les voies ipsilatérales.

c) SPRINGER et GAZZANIGA (1975), soumettent à une tâche dichotique utilisant les paires consonne-voyelle de STUDDERT-KENNEDY, des sujets ayant subi une section partielle du corps calleux.

Les résultats sont identiques à ceux observés chez les split-brain, lorsque la section siège en avant du splénium et en arrière du premier tiers du corps calleux.

Ils en déduisent que la portion du corps calleux participant au transfert inter-hémisphérique du langage, siège en avant du splénium.

MICHEL et Coll. (1975), chez un garçon de 18 ans opéré d'un pinéalome dont l'abord chirurgical a nécessité une section du splénium calleux, trouvent des performances normales à l'écoute dichotique, tant avant qu'après l'intervention.

GORDON (1977), utilisant une présentation dichotique de mots chez le même type de patients, arrive à la conclusion inverse : pour lui, c'est le splénium calleux qui sert de substrat à la communication interhémisphérique auditive.

d) GORDON (1977) apporte un autre élément important en démontrant que chez le callosotomisé, si le stimulus présenté à l'oreille gauche est particulièrement frappant ou important pour l'hémisphère gauche le double message est rapporté.

Il y a donc une possibilité de mise en jeu de la voie ipsilatérale par levée d'inhibition, dans des conditions particulières.

2° - SYNDROMES DE DISCONNEXION CALLEUSE NON CHIRURGICALE

a) DAMASIO et Coll. (1975), soumettent à l'écoute dichotique de paires de chiffres et de paires de mots, deux patients présentant un syndrome de disconnexion calleuse, l'un par gliome malin fronto-pariéto-temporal droit envahissant le corps calleux, l'autre par syndrome ischémique de la cérébrale postérieure gauche (alexie sans agraphie). Tous deux présentent un déficit des performances de l'oreille gauche, conforme à celui observé après commissurotomie.

- dans le premier cas, le déficit est total pour les deux types d'items.

- dans le second cas, le déficit total pour les mots n'est que partiel pour les chiffres.

Si dans le premier cas on comprend aisément les résultats publiés, on s'explique mal par contre, l'interprétation proposée par les auteurs, pour le second. Ils déduisent de leurs constatations que le splénium calleux assure le transfert interhémisphérique de l'information auditive alors qu'ils ignorent s'il est lésé (ce qui n'est pas la règle lors des alexies sans agraphie, par thrombose de la cérébrale postérieure gauche,) et alors que l'extinction gauche au test dichotique n'est que partielle.

b) MICHEL et Coll. (1975) dans trois cas cliniques d'alexie sans agraphie, trouvent des performances dichotiques normales.

c) BOUCHER et Coll. (1975), dans une observation anatomo-clinique, objectivent une extinction sur l'oreille droite : il existe dans ce cas, une petite lésion nécrotique dorsale du tiers postérieur du corps calleux et une autre lésion sur les radiations acoustiques gauches, expliquant le déficit droit constaté lors de l'écoute dichotique.

d) MICHEL (1977) dans un cas de gliome thalamique droit, envahissant le corps calleux, et dans un cas de gliome des deux tiers antérieurs du corps calleux, trouve une extinction gauche modérée.

En somme, si on ne tenait compte que des cas cliniques de la littérature et de ceux que nous avons observés, il serait bien difficile de savoir où transitent exactement la voie calleuse auditive.

3° - AGENESIES CALLEUSES :

En 1970, BRYDEN et ZURIF publient les résultats obtenus chez un garçon de 15 ans, présentant une agénésie du corps calleux : à la différence des callosotomisés, ses performances en écoute dichotique sont identiques à celles des sujets normaux.

ETTLINGER et Coll. (1972), puis MICHEL et Coll. (1975) confirment l'existence de performances normales au test d'écoute dichotique en cas d'agénésie calleuse.

- cette discordance entre ces deux types de pathologie commissurale méritait d'être soulignée, même s'il est difficile de comparer une lésion congénitale à une lésion acquise.

- plusieurs interprétations peuvent être proposées pour expliquer l'absence d'anomalie au test d'écoute dichotique en cas d'agénésie calleuse.

. il n'est pas certain que l'agénésie calleuse soit complète : on sait que la commissure antérieure peut être normale, voire hypertrophiée.

. il est possible que ces sujets aient une représentation bilatérale du langage.

. il se peut qu'ils puissent apprendre à utiliser la voie ipsilatérale, oreille gauche-cerveau gauche.

. il est possible enfin, que les communications entre cerveau droit et cerveau gauche, soient assurées par des décussations et les commissures du tronc cérébral.

C - LE TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE DANS L'ETUDE DES LESIONS HEMISPHERIQUES UNILATERALES :

KIMURA (1961 b) avait, grâce au test d'écoute dichotique :

- objectivé un déficit de la perception des chiffres par l'oreille controlatérale à une lobectomie temporale.

- proposé un modèle théorique de fonctionnement des voies auditives centrales.

Depuis, d'autres travaux ont permis :

- de préciser, par comparaison avec les constatations faites chez le sujet normal, l'effet des lésions hémisphériques unilatérales sur la perception du matériel verbal et du matériel non verbal.

- de compléter le modèle original de KIMURA.

1° - Effet des lésions hémisphériques unilatérales sur la perception du matériel verbal et du matériel non verbal.

a) GOODGLASS (1967) rapporte l'existence d'un déficit partiel ou total de l'oreille controlatérale dans le rappel des chiffres, chez des enfants présentant une hémiplégie cérébrale infantile. Le déficit est identique, que la lésion siège à droite ou à gauche.

b) QXBURY et Coll. (1969), étudient (chez des malades ayant tous une dominance gauche pour le langage), l'ordre de rappel des chiffres après lobectomie temporale droite ou gauche, selon qu'elle respecte ou non les circonvolutions de Heschl.

- lobectomie temporale gauche :

. lorsque les circonvolutions de Heschl sont laissées en place, l'effet le plus marquant est représenté par une modification de l'ordre de rappel : les chiffres présentés à l'oreille gauche sont le plus souvent répétés les premiers.

. lorsque la lobectomie intéresse la zone de Heschl, la supériorité de l'oreille droite tend à disparaître car les performances de l'oreille gauche restent stables, alors que la répétition des messages droits fait apparaître un nombre important d'erreurs.

- lobectomie temporale droite :

Elle n'affecte les résultats que lorsqu'elle enlève la zone de Heschl : la supériorité de l'oreille droite déjà constatée avant l'intervention, s'affirme du fait de la diminution des scores de l'oreille gauche.

c) SHANKWEILER (1966 a) s'intéresse à la perception des mélodies et des stimulus verbaux ; il constate :

- après lobectomie temporale droite, une altération significative de la perception des mélodies

- après lobectomie temporale gauche, une altération de la perception des chiffres.

De la comparaison des résultats des deux tâches, il déduit que la dominance hémisphérique droite pour le matériel non verbal est moins affirmée que la dominance hémisphérique gauche pour le matériel verbal, donc pour le langage.

d) SCHULHOFF et GOODGLASS (1969) obtiennent des résultats comparables pour le même type d'étude (présentation de stimulus verbaux et non verbaux, chez des droitiers) et apportent des précisions.

- globalement, ils observent une diminution des performances de l'oreille controlatérale à la lésion, quelque soit le matériel présenté.

- lorsque la lésion siège à droite, il existe :

- . un déficit unilatéral de l'oreille gauche pour les chiffres.
- . un déficit bilatéral des performances pour la musique ;

La supériorité de l'oreille gauche (L.E.A.) pour le matériel non verbal est maintenue, mais avec une marge légère.

- lorsque la lésion siège à gauche, il existe :

- . un déficit unilatéral de l'oreille droite pour la musique.
- . un déficit bilatéral sévère pour les chiffres : la supériorité de l'oreille droite (R.E.A.) pour le matériel verbal diminue à tel point qu'elle n'est plus significative ; parfois même elle s'inverse.

On peut traduire ceci en termes de dominance hémisphérique :

- * l'atteinte de l'hémisphère non dominant augmente la marge de supériorité de l'oreille normalement la plus efficiente.
- * l'atteinte de l'hémisphère dominant diminue cette marge de supériorité ou même en inverse le sens.

e) ZURIF et RAMIER (1971) utilisent le test de SHANKWEILER pour les syllabes synthétiques consonnes-voyelles et le test usuel de présentation des chiffres. D'après leurs résultats, il apparaît que :

- les lésions gauches provoquent une diminution bilatérale des performances pour les deux types d'items, ce qui est en accord avec les résultats de SCHULHOFF et GOODGLASS.

- les lésions droites se traduiraient par un déficit plus accusé pour la perception des sons verbaux synthétiques que pour celle des sons verbaux naturels :

Pour eux :

- . une lésion gauche perturbe le traitement de l'information phonologique.
- . une lésion droite perturbe seulement l'extraction des paramètres acoustiques, de la parole (encore appelés traits pertinents ou "distinctive features")

f) ASSAL et Coll. (1975), étudient 21 cas de lésions temporales droites et 31 cas de lésions temporales gauches d'étiologie vasculaire ou traumatique, avec le test de F. MICHEL.

- en présence d'une lésions cérébrale, le déficit prédomine à l'oreille controlatérale : par rapport à l'oreille ipsilatérale, la différence pour tous les subtests (chiffres, mots, phrases) est significative lorsque la lésion siège dans l'hémisphère droit. Chez les malades avec lésion gauche, la différence est significative pour la répétition des mots ; elle ne l'est plus pour celle des chiffres et des syntagmes.

- la comparaison entre les résultats des sujets témoins et ceux des malades montre que lors des lésions droites, les performances de l'oreille ipsilatérale sont aussi bonnes, et parfois meilleures que celles des témoins. Par contre, le déficit de l'oreille controlatérale (gauche) est net. En cas de lésion gauche, si le déficit prédomine à l'oreille droite, ils constatent cependant une diminution bilatérale des performances.

Ces résultats sont conformes à ceux publiés antérieurement.

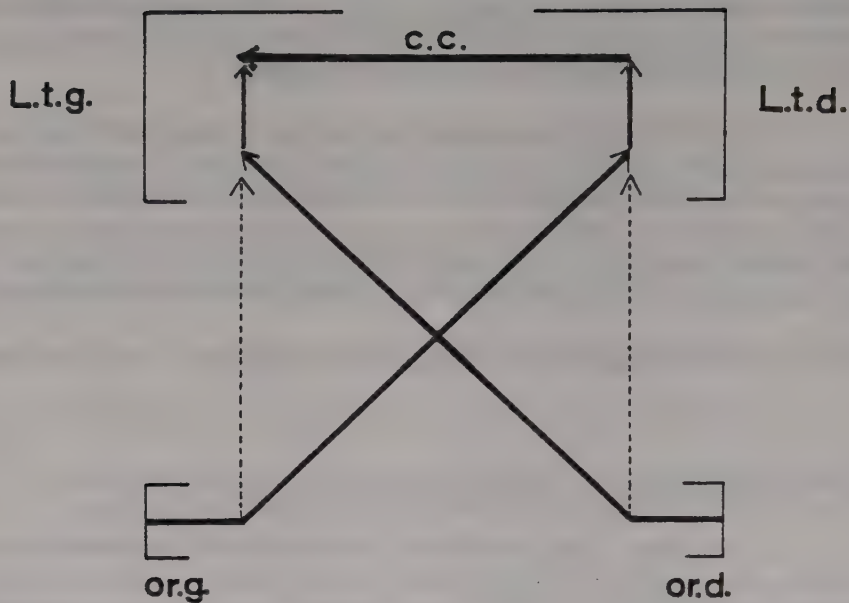
2° - COMPLEMENT AU MODELE ORIGINAL de D. KIMURA

a) un réel progrès dans l'approche de la compréhension du mécanisme fonctionnel des voies auditives centrales fait suite aux travaux de SPARKS, GOODGLASS, et NICKEL (1970) : ils testent non pas des malades porteurs de lésions épileptogènes évoluant depuis l'enfance, susceptibles d'avoir modifié la latéralisation du langage, mais des patients présentant des lésions récentes d'étiologie vasculaire ou traumatisme et s'intéressent aux performances des aphasiques.

Ils soumettent 48 patients (28 lésions gauches et 20 lésions droites) à un test comportant 20 paires de chiffres et 20 paires de mots. Le fait marquant de leur étude qui, par ailleurs est en accord avec les publications antérieures, est constitué par la découverte dans plusieurs cas de lésions gauches, d'un déficit qui prédomine à l'oreille ipsilatérale.

Le modèle de KIMURA ne suffit pas à rendre compte de ce phénomène apparemment PARADOXAL. Pour l'expliquer SPARKS et Coll. font appel à l'existence d'une interruption des voies associatives allant de l'hémisphère droit au lobe temporal gauche par le corps calleux, réalisée si la lésion siège en profondeur. Dans ce cas, les zones du langage sont privées des informations qui, après avoir gagné l'hémisphère droit par le canal de l'oreille gauche, auraient dû normalement leur parvenir, après transit calleux.

Ceci correspond exactement à ce qu'avaient prévu SPARKS et GESCHWIND ainsi que B. MILNER et Coll. en 1968, à la suite de leurs travaux chez le callosotomisé.



modèle théorique des voies auditives
centrales (d'après Sparks).

SHANKS et RYAN (1976) trouvent un déficit de l'oreille ipsilatérale chez 6 aphasiques par lésion gauche, sur un total de 11 malades testés.

S'ils ne remettent pas en cause le modèle de SPARKS et Coll. leurs conclusions sont très critiquables : à partir de résultats obtenus sur un échantillon on ne peut plus réduit, ils suggèrent qu'une extinction paradoxale

ne peut s'observer qu'en cas de lésion vasculaire dont la topographie volontiers profonde, interrompt la voie calleuse temporo-temporale au niveau de l'hémisphère gauche, alors que les lésions traumatiques (dont ils n'ont observé que trois cas), plus superficielles, se manifestent par une extinction controlatérale.

b) Enfin, pour clore ce rappel de l'écoute dichotique, dans les lésions unilatérales, il est bon d'insister sur le fait qu'un déficit des performances de l'oreille gauche pour le matériel verbal ne signifie pas obligatoirement lésion hémisphérique droite ou lésion des fibres d'association inter-hémisphérique trans-calleuses au niveau du lobe temporal gauche :

BERLIN et Coll. (1975) ont en effet rapporté un cas de lésion du tubercule quadrijumeau postérieur droit, isolant le corps genouillé médian et l'aire auditive gauches qui restaient seuls fonctionnels, dans lequel l'écoute dichotique a objectivé une extinction totale sur l'oreille gauche.

D - ECOUTE DICHOTIQUE ET HEMISPHERECTOMIES :

Ici, tous les résultats concordent :

1 - CURRY (1968) soumet un garçon de 21 ans ayant subi une hémisphérectomie droite complète 13 ans auparavant, à une écoute dichotique de matériel verbal (mots significatifs, logatomes) et de matériel non verbal (discrimination des hauteurs tonales, bruits familiers). Il ne constate pas d'abolition des performances de l'oreille controlatérale mais :

a) pour les tâches verbales, l'asymétrie des performances au bénéfice de l'oreille droite est plus accusée que chez les sujets normaux.

b) pour les tâches non verbales :

- la discrimination des hauteurs tonales est accomplie, mais de façon égale aux deux oreilles, contrairement aux témoins qui manifestent pour ce genre d'épreuve une supériorité de l'oreille gauche.

- la présentation dichotique de bruits familiers fait apparaître un avantage de l'oreille gauche, aussi bien chez le sujet ayant subi une hémisphérectomie que chez les témoins.

L'auteur en conclut qu'il existe une hiérarchisation fonctionnelle au niveau central, à trois échelons :

* inférieur : discrimination des hauteurs tonales : le traitement s'effectue à l'étage sous-cortical.

. moyen : bruits familiers : le traitement est accompli indépendamment dans chaque hémisphère.

. supérieur : stimulations verbales. Elles sont traitées préférentiellement par l'hémisphère gauche.

2 - NETLEY (1972) étudie 12 cas d'hémisphérectomie (7 hémisphérectomies gauches et 5 droites) pratiquées soit après lésions congénitales, soit après lésions acquises précocément (en moyenne vers l'âge de 17 mois). Les résultats chez ces sujets sont bien différents de ceux observés après commissurotomie :

a) dans l'ensemble, après hémisphérectomie, les performances de l'oreille ipsilatérale pour le rappel des chiffres sont meilleures que celles de l'oreille controlatérale, qui toutefois ne sont pas nulles.

b) l'asymétrie entre les performances des deux oreilles est plus marquée après hémisphérectomie droite qu'après hémisphérectomie gauche.

c) l'auteur démontre que ces patients sont capables d'utiliser leurs voies auditives ipsilatérales, à tel point que ceux dont la lésion est congénitale ont de meilleures performances que les sujets ayant subi une lobectomie temporale. Cependant ceux ayant développé une lésion vers l'âge de 17 mois au moment où existait déjà un certain degré d'acquisition du langage, et donc une certaine hiérarchisation entre les deux voies de chaque oreille, le font moins bien.

3 - BERLIN (1973) utilise une méthode d'écoute dichotique sophistiquée faisant appel à la présentation simultanée de paires consonne-voyelle sur une oreille et de "voyelles" fabriquées au synthétiseur avec deux formants seulement ("bleats") sur l'autre oreille.

Il apporte ainsi la preuve que, si le déficit sur l'oreille controlatérale à l'hémisphérectomie n'est que partiel dans les conditions d'écoute dichotique habituelles, il se renforce considérablement dès qu'on complique la tâche.

4 - MICHEL et Coll. (1975, et travail en cours), sur 6 cas d'hémisphérectomie, confirment que le déficit perceptif observé chez ces malades, est moins important que celui causé par une lésion acquise à l'âge adulte.

En somme, grâce aux possibilités d'entraînement des voies ipsilatérales il vaut parfois mieux ne pas avoir du tout d'hémisphère, qu'un hémisphère malade pour réussir à une tâche d'écoute dichotique.

V - LE TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE UTILISÉ DANS CE TRAVAIL

- MATERIEL ET METHODE
- APPRECIATION DES RESULTATS
- CRITIQUES.

LE TEST D'ECOUTE EICHOTIQUE auquel fait référence ce travail a été mis au point par F. MICHEL.

Sa version est plus étendue que celle des autres auteurs qui n'utilisent que des chiffres, des mots, des logatomes, des syllabes formées d'une association consonne-voyelle, ou consonne-voyelle-consonne ;

Ici sont proposées des informations verbales diversifiées (chiffres-mots-syntagmes) auxquelles nous nous intéresserons exclusivement. En effet, une présentation dichotique de bruits familiers est également possible mais elle sort du cadre de l'étude que nous nous sommes fixés.

A - MATERIEL UTILISE :

1° - La passation de ce test nécessite un magnétophone à deux pistes, relié à une paire d'écouteurs stéréophoniques.

2° - Le double message est enregistré sur une bande magnétique qui doit être d'excellente qualité, afin d'éviter le bruit de fond.

3° - Les informations verbales données à chaque oreille ainsi que l'ordre de présentation des messages sont constants pour tous les sujets examinés.

a) dans la plupart des cas, l'épreuve dichotique se subdivise en trois parties dont l'ordre de présentation est le suivant :

- 10 paires de chiffres,
- 40 paires de mots comprenant 10 paires de mots monosyllabiques et 30 paires de mots dissyllabiques.
- 10 paires de syntagmes (éléments de phrases ou phrases courtes, comportant au maximum 4 mots d'une ou deux syllabes).

Les mots, ainsi que leur assemblage par paires, ont été choisis au hasard.

Liste 1

CHIFFRES			
<u>G</u>	<u>D</u>	<u>G</u>	<u>D</u>
3	7	10	2
5	4	4	9
6	9	6	3
5	7	1	8
1	2	10	8

M O T S

<u>GAUCHE</u>	<u>DROITE</u>	<u>GAUCHE</u>	<u>DROITE</u>
devant	genou	loup	chat
couleur	lundi	rat	pou
bassin	sommeil	vache	coq
citron	cerceau	chien	ours
dossier	buffet	oie	mule
jumeau	ballon	poule	dinde
caillou	patron	tanche	buse
galop	mendiant	biche	puce
prénom	voisin	crabe	cerf
poulain	rôti	louve	grive

<u>GAUCHE</u>	<u>DROITE</u>	<u>GAUCHE</u>	<u>DROITE</u>
jument	velours	repas	volcan
parfum	jeudi	milieu	refrain
sabot	chausson	sapin	tailleur
concert	costume	sourcil	tissu
poussin	rateau	museau	signal
muguet	balai	talon	soldat
carré	noyau	cadeau	départ
dîner	fagot	coucher	salir
métal	lampion	écrire	laver
désert	traineau	bouillir	lancer

P H R A S E S

journal épais
citron pressé
riche cadeau
ami sincère
talon haut
où vas-tu ?
il monte à l'école
je peigne la mèche
il boit son vin
le piano du pauvre

palais royal
canard laqué
bijou précieux
voisin curieux
salon d'époque
je serai là
je vide la cage
on coupe le rôti
il mange son pain
la flûte du riche

b) Chez l'enfant et parfois chez l'adulte dans certaines formes d'aphasie, on utilise un test dichotique plus simple : 40 paires de mots, de haute fréquence dans la langue française et auxquels correspondent des images que le sujet peut désigner à défaut de répéter les mots entendus.

Liste 2

<u>GAUCHE</u>	<u>DROITE</u>	<u>GAUCHE</u>	<u>DROITE</u>
vert	gris	soldat	maison
rose	bleu	carotte	sapin
blanc	rouge	chaussure	bouteille
jaune	noir	fourchette	voiture
violet	orange	valise	piano
lait	pain	poisson	gâteau
nid	bois	caillou	soleil
banc	lit	girafe	cheval
lune	balle	tambour	bâton
pomme	pipe	mouton	ciseaux
clé	plume	fauteil	crayon
auto	bonbon	chapeau	toupie
ballon	poupée	journal	marteau
montre	table	cochon	lunette
café	vélo	avion	panier
loup	chat	crabe	cerf
vache	coq	louve	singe
biche	rat	mouche	phoque
chien	ours	poule	taupe
poussin	rateau	pie	âne

B - METHODE :

1 - Pour être fiable, ce test ne peut être soumis qu'à des sujets chez lesquels :

- l'audiométrie est normale ou presque (en particulier le test d'écoute dichotique peut être utilisé chez les sujets presbyacousiques ayant une chute symétrique sur les aigus).

- l'état intellectuel et la vigilance sont compatibles avec une bonne coopération.

- la compréhension orale ou écrite permet de comprendre la consigne (ce qui n'est pas le cas de tous les aphasiques).

Ces trois conditions sont impératives pour ne pas fausser l'interprétation des résultats : nous n'avons donc retenu pour cette étude, que les cas répondant à ces critères de sélection.

2 - Conditions générales :

- il s'agit d'une tâche assez facile, dont la durée n'excède guère 15 minutes et qui est acceptée sans difficulté par la plupart des patients.

- le test est effectué au calme, sans spectateur, de façon à ne pas distraire l'attention du sujet, habituellement au laboratoire de neuro-psychologie, parfois au lit du malade,

- il est nécessaire d'expliquer clairement en quoi il consiste et de s'assurer que la consigne a été bien comprise.

- le niveau sonore est le même pour chacun des deux canaux. On cherche en monoaural quelle est l'intensité confortable pour chaque patient.

- le patient doit répéter ce qu'il a entendu (même si ce qu'il verbalise lui paraît bizarre) immédiatement après présentation de chacune des paires. Il s'agit donc d'une répétition écholalique.

C - RESULTATS :

1 - Négligeant volontairement l'ordre de rappel des messages, qui s'est avéré peu informatif sur notre échantillonnage de malades, nous ne nous sommes intéressés qu'à la quantité et à la qualité des réponses :

- QUANTITATIVEMENT : les performances de chaque oreille sont exprimées en pourcentages, par rapport au nombre de messages proposés pour chacun des subtests.

- QUALITATIVEMENT : la cotation utilise trois signes :

- + : lorsque la répétition est parfaite,
- ± : lorsque la répétition est imparfaite,
- o : lorsqu'il n'y a pas de répétition.

a) pour les chiffres, la cotation ± a été utilisée lorsque le ou les chiffres répétés étaient différents de ceux proposés, nous l'avons depuis peu abandonnée, estimant que la réponse ne pouvait être que bonne ou mauvaise dans le cas précis.

b) pour les mots, cette cotation inclue les semi-échecs (ou les semi-réussites) marqués par le signe $\pm$. Par exemple, pour la paire LUNDI-COULEUR, la cotation sera la suivante :

	(	O. G.	:	O. D.	)
(	:	:	:	:	)
(	LUNDI - COULEUR	:	+	:	+
(	LUNDI - ?	:	+	:	0
(	? - COULEUR	:	0	:	+
(	LUNDI - MALHEUR	:	+	:	+
(	JEUDI - COULEUR	:	±	:	+
(	ON DIT - 1'HEURE	:	±	:	±
(	LUN DEUR	:	±	:	±
(	:	:	:	:	:

c) pour les phrases : la cotation $\pm$ signifie qu'une partie seulement est répétée.

L'importance de cet aspect qualitatif se manifeste particulièrement dans le cas de lésions hémisphériques gauches : le test d'écoute dichotique suscite alors de nombreuses paraphasies ou des néologismes.

2 - Dans certaines formes d'aphasie où l'expression orale est nulle et où n'est utilisé que le test le plus simple de 40 paires de mots, il est demandé au patient :

- soit de désigner du doigt le ou les messages entendus, représentés par des images, sur une planche préparée à cet effet.
- soit plus rarement de s'exprimer par l'intermédiaire du dessin ou du mime.

Ici, il est évident que la réponse va obéir aux lois du tout ou rien et que la cotation $\pm$ disparaît, ce qui n'est pas le cas lorsque le malade est capable d'écrire ce qu'il a entendu.

3 - Nous parlons d'EXTINCTION lorsqu'il existe un déficit unilatéral significatif de la répétition des messages (qui est systématiquement vérifié en s'assurant que la répétition du matériel présenté à l'oreille droite ou à l'oreille gauche seules est possible).

Par commodité, selon l'importance décroissante de cette extinction, nous la qualifions de "totale, quasi-totale, importante ou modérée."

De plus, afin d'écarter toute interprétation ambiguë (le déficit traduisant une atteinte centrale et non périphérique) nous avons choisi d'employer l'expression "extinction SUR l'oreille droite ou gauche" de préférence à l'expression "extinction DE l'oreille droite ou gauche".

4 - Remarques :

- a) sur un groupe de contrôle (25 sujets droitiers normaux)

ce test permet de retrouver l'avantage de l'oreille droite décrit par tous les auteurs.

Leurs performances moyennes sont les suivantes :

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	:		:	
+	:	98 %	:	98,5 %
	:		:	
CHIFFRES ±	:	0 %	:	0 %
	:		:	
o	:	2 %	:	1,5 %
	:		:	
	:		:	
	:		:	
+	:	90 %	:	92,5 %
	:		:	
MOTS ±	:	7,5 %	:	7,5 %
	:		:	
o	:	2,5 %	:	0 %
	:		:	
	:		:	
	:		:	
+	:	78 %	:	85 %
	:		:	
PHRASES ±	:	17 %	:	11 %
	:		:	
o	:	5 %	:	4 %
	:		:	
	:		:	

b) il faut souligner qu'à l'origine, ce test commençait par la présentation de 20 paires de chiffres : ceci explique qu'un certain nombre de résultats exprimés dans nos observations puissent paraître à priori aberrants si l'on se réfère aux 10 paires présentées actuellement. Il en va de même dans certains cas où il n'a pas été possible de présenter l'ensemble des 40 paires de mots et où le calcul porte sur un nombre plus limité.

c) chez certains patients, se fatigant vite, il n'est pas toujours possible d'effectuer le test en entier : voilà pourquoi dans plusieurs observations manque le résultat des performances pour la répétition des phrases et plus rarement des chiffres.

d) enfin, particulièrement dans les formes d'aphasie où la répétition se fait uniquement par des paraphrasies phonémiques ou sémantiques, voire sous forme de périphrases ou de néologismes, la quantification perd toute signification; c'est pour cette raison que quelques observations présentées ne comportent pas de résultats chiffrés.

D - CRITIQUES :

1 - On peut critiquer la traduction des résultats en pourcentages pour des séries ne comportant que 10 ou 40 items. Nous aurions pu adopter une notation par points (1 - 0,5 - 0 - note idéale : 60 points), qui est certes

plus rigoureuse et qui évite les écarts dus au mode de calcul que nous avons choisi (particulièrement par les séries de 10 chiffres ou de 10 phrases).

- d'une part il nous a semblé que l'expression sous forme de pourcentage pour chaque série de subtests était plus évocatrice.

- d'autre part, lorsque l'on propose des mots, ceux-ci en fait sont composés d'un certain nombre de phonèmes, dont le total est largement supérieur à 100. Nous avons vu que tous tenions compte de réponses incomplètes où seul un phonème est répété.

2 - Une analyse sérieuse de ce test a montré qu'il n'était pas parfait, (C. GERIN, AM. ROUSSEL).

- les deux messages ne sont pas toujours rigoureusement synchrones. Il y a parfois une différence de temps dans l'attaque ou la fin des mots.

- les mots composant chacune des paires n'ont pas toujours une durée identique.

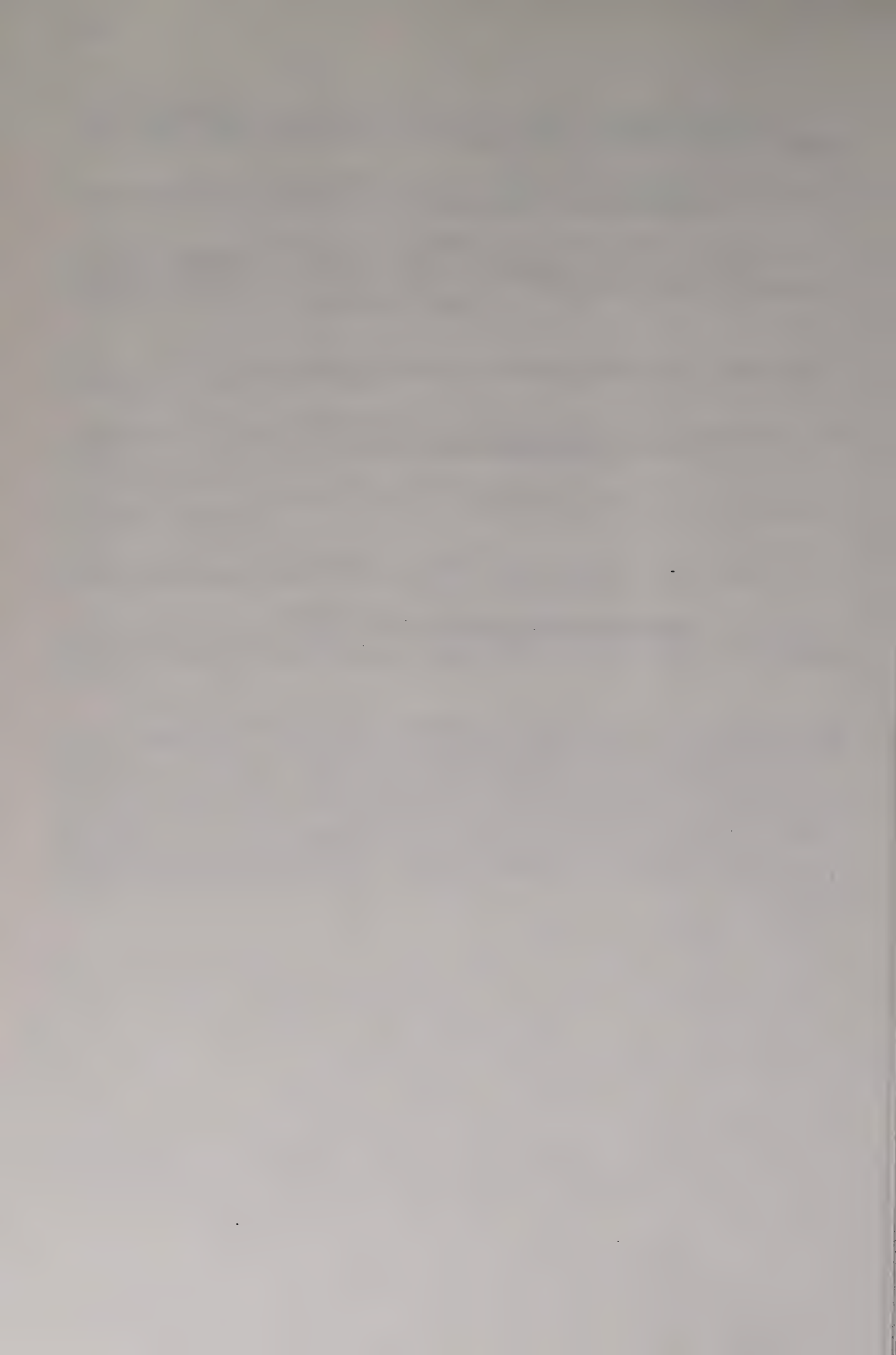
- la composante phonémique ou le contenu sémantique de certains mots les rendent plus perceptibles que d'autres.

- pour la répétition des chiffres, le patient a des chances de donner une réponse au hasard (on peut formuler la même critique à l'égard du test CV de SHANKWEILLER et STUDDERT-KENNEDY).

Pourtant, même s'il n'est pas le test idéal pour des phonéticiens ou des linguistes, il a fait la preuve de sa qualité pour le groupe des sujets témoins et il suffit tel qu'il est, à objectiver des extinctions chez les malades sans qu'il soit nécessaire de le rendre plus difficile. D'ailleurs le test CV a été utilisé à plusieurs reprises à titre comparatif : cette épreuve est déjà peu facile pour un sujet normal. En cas de lésion unilatérale, ses résultats ne sont très démonstratifs que lorsque l'extinction croisée est totale. Par contre, si le déficit n'est que modéré, ce test perd toute signification du fait de sa difficulté.

CHAPITRE III

LES POTENTIELS ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES



I - HISTORIQUE

A - Il n'y a pas si longtemps que, chez l'homme, l'exploration des troubles centraux de l'audition fait appel à l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques (P.E.A.) qui furent initialement utilisés dans l'étude des surdités périphériques (réalisant une véritable audiométrie objective électroencéphalographique) :

- soit chez l'adulte (DAVIS, 1968, CODY et Coll. 1969, GERIN et Coll. 1970).

- soit plus particulièrement chez l'enfant (DAVIS et ONISHI, 1969, CHARACHON et Coll., 1970, RAPIN et Coll. 1970).

B - Si, depuis, les travaux de GERIN et Coll. (1972) on sait que l'amplitude de la réponse obtenue sur le vertex est étroitement liée à l'intensité du stimulus, le problème de l'origine corticale ou sous-corticale de ces potentiels reste très controversée.

- pour GREY WALTER (1964), DAVIS et Coll. (1966); SALETU et Coll. (1971), il s'agit de réponses d'origine sous-corticale diffuse, n'ayant aucun caractère spécifique,

- pour GASTAUT et Coll. (1970), ces potentiels naissent dans les aires associatives corticales.

- VAUGHAN et RITTER (1970) sont les premiers à leur attribuer une origine corticale, au niveau des aires auditives primaires, dans une étude réalisée chez le sujet normal.

1 - L'enregistrement sur des électrodes multiples placées en diadème d'une mastoïde à l'autre, passant par le vertex, leur permet d'observer, qu'avec une électrode de référence placée sur le nez, les réponses évoquées s'inversent au niveau de la vallée sylvienne. Ils en déduisent que le dipôle générateur de ces P.E.A. se situerait préférentiellement à ce niveau.

2 - Ils admettent que les réponses obtenues après présentation régulière des stimulus mettent en jeu le cortex auditif primaire des hémisphères droit et gauche, alors que les réponses aux stimulus présentés à des intervalles de temps irréguliers sont originaires du cortex associatif pariéto-temporal.

- cette interprétation est rejetée par KOOI et Coll. (1971) : ils montrent qu'avec une électrode de référence dite "non céphalique" (obtenue par montage potentiométrique entre l'apophyse épineuse et la septième vertèbre cervicale et la jonction sterno-claviculaire droite), on peut mettre en évidence une réponse au niveau du nez, de même polarité que la réponse vertex. Pour eux, la réponse inversée enregistrée au-dessous de la scissure de Sylvius, obtenue par VAUGHAN et RITTER, ne serait que l'image en miroir de la réponse nasale.

SMITH et Coll. (1973) abondent dans ce sens.

Il s'agit donc d'une controverse portant sur le choix de l'électrode de référence.

- PERONNET et Coll. (1974) confirment pourtant les travaux de VAUGHAN et RITTER.

Pour eux, comme pour VAUGHAN (1972), l'enregistrement monopolaire des réponses est indispensable si l'on s'intéresse à l'électrogénèse des phénomènes étudiés.

Mais il faut pour cela disposer d'une électrode de référence à laquelle on puisse se fier. Il leur apparaît que l'électrode nasale répond à critère :

Les résultats de leurs études confirment l'existence d'une réponse évoquée auditive au-dessous de la vallée sylvienne, en inversion de phase par rapport à la réponse vertex classique.

Ils démontrent qu'en appliquant une stimulation visuelle avec des éclairs de lumière blanche d'une durée de 10 micro-secondes, on n'observe aucune inversion de polarité des diverses composantes de la réponse évoquée visuelle : il s'agit donc d'un argument de poids quant à la valeur de l'électrode de référence nasale. En effet, si celle-ci était contaminée, si la réponse vertex était diffuse et non spécifique, la contamination de l'électrode de référence devrait être la même pour un son et pour un éclair lumineux et les réponses recueillies au niveau des mastoïdes seraient elles aussi inversées.

- il semble cependant que le fait d'admettre une origine unique des P.E.A. dans le plan supra-temporal ne soit pas rigoureux : des travaux chez l'homme (WOLPAW et PENRY, 1975) suggèrent l'existence de plusieurs générateurs responsables des P.E.A. tels qu'on les recueille sur le cuir chevelu de l'homme (activité d'une partie du cortex moteur ?)

II - MATÉRIEL ET MÉTHODE

La technique à laquelle fait référence ce travail est celle mise au point par F. PERONNET.

A - CONDITIONS GENERALES :

L'enregistrement se fait dans une pièce insonorisée, pourvue d'un éclairage tamisé et d'une isolation électrostatique, sur des sujets assis ou allongés à qui on demande de garder les yeux ouverts, de se détendre et de porter attention aux stimulus.

B - Les stimulus auditifs sont produits par un générateur P.A.R., sous forme de sons purs sinusoïdaux de 140 Ms de durée, d'intensité 70 db (ou plus si nécessaire) et de fréquence 1000 Hz, dont le temps de montée et de descente est de 10 m.sec.

Ils sont envoyés de façon aléatoire par l'intermédiaire d'un casque stéréophonique tantôt à l'oreille droite, tantôt à l'oreille gauche, toutes les 1,5 ou 2 secondes. 5 ou 6 séries de stimulations sont nécessaires au cours desquelles 25 stimulus sont appliqués et à l'oreille droite et à l'oreille gauche (soit au total 125 ou 150 pour chaque oreille).

C - Les P.E.A. sont recueillis au moyen de 11 ou 13 électrodes d'argent chloruré, de 9 mm de diamètre, collées sur le cuir chevelu à la Bentonite, à égale distance les unes des autres, sur une ligne transversale allant d'une région mastoïdienne à l'autre, l'électrode du milieu étant toujours située sur le vertex.

Le montage est monopolaire, avec comme référence une électrode nasale, l'électrode de terre étant fixée sur le front.

Avant de commencer l'enregistrement, il est nécessaire de contrôler l'impédance des électrodes de façon à ce qu'elle soit inférieure ou égale à 10 KOHMS.

Les enregistrements sont réalisés sur un appareil ALPHA ECEM à 16 dérivations. La constante de temps est de 0,3 seconde, le filtre 35 HZ.

D - Le triage et le moyennage des différentes voies sont réalisés en temps réel par un ordinateur (P.D.P. 8 L 12 K) selon le programme établi par F. PERONNET et J.F. ECHALLIER.

E - Un artifice technique permet d'éliminer les artéfacts (mouvements, clignements des yeux etc...) l'amplification du tracé électro-encéphalographique est réglée de telle sorte que la plupart des artéfacts saturant le convertisseur analogique numérique d'entrée de l'ordinateur. La réponse en cours n'est alors pas prise en compte dans la moyenne.

F - Une fois le moyennage terminé, les résultats sont stockés sous forme de fichier sur bandes magnétiques numériques, dont chacune peut contenir 122 enregistrements. Ceci permet :

1 - d'établir une "super-moyenne" sur un ensemble d'enregistrements.

2 - Au moyen d'un programme de gestion :

- d'extraire certains paramètres des réponses évoquées tels que latence, amplitude etc...

- de visualiser les résultats obtenus par stimulation de chacune des deux oreilles soit directement sur un oscilloscope à mémoire, soit par reproduction sur un papier thermo-sensible (hard-copy).

III - RÉSULTATS CHEZ LES SUJETS NORMAUX

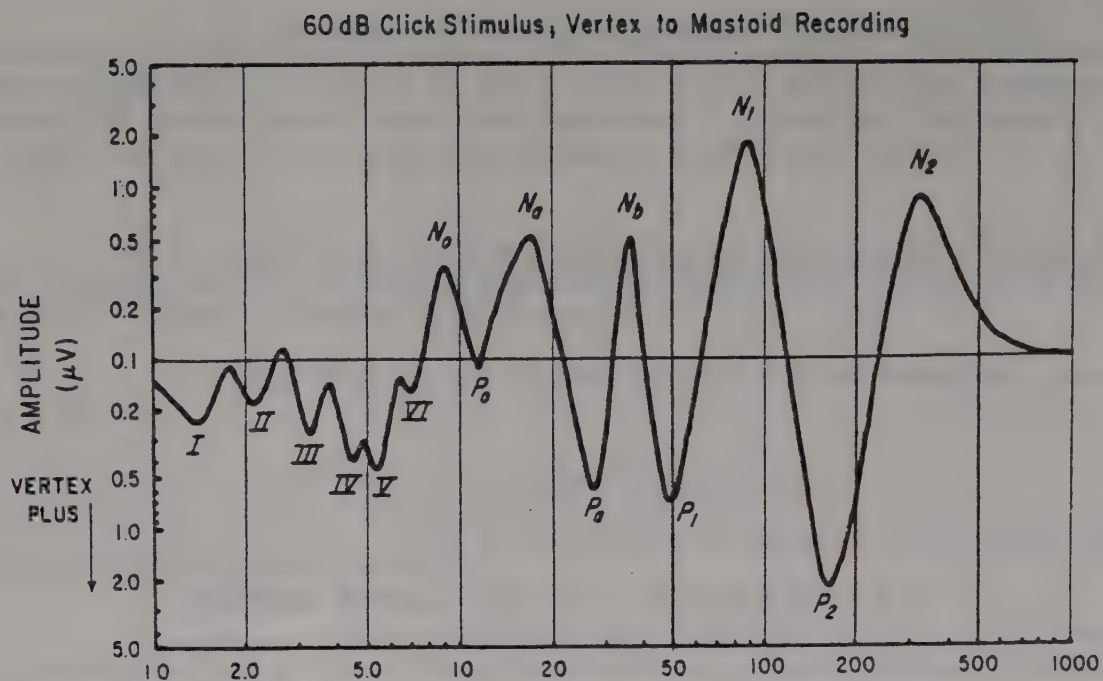


Fig. 1 : MORPHOLOGIE DU P.E.A. NORMAL
(d'après T.W. PICTON)

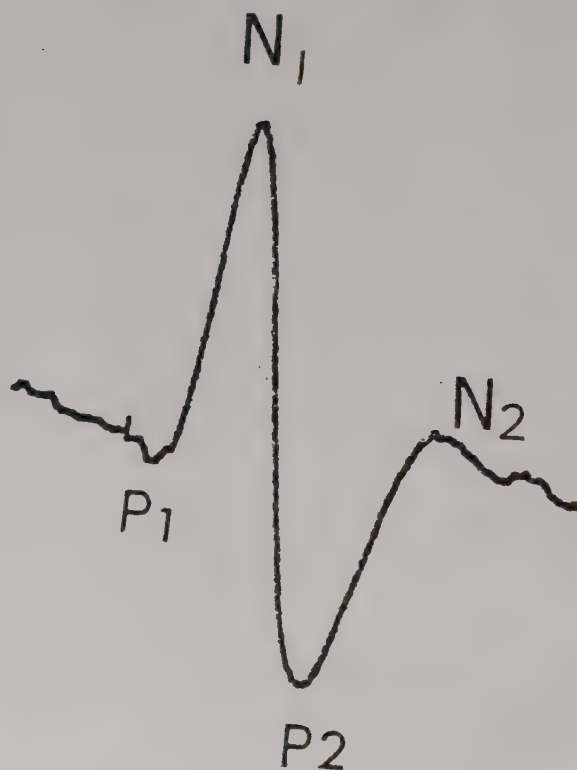


Fig. 2 : ASPECT DE LA REPONSE VERTEX

A - MORPHOLOGIE DU POTENTIEL EVOQUES ACOUSTIQUE

Le P.E.A. humain est formé d'une succession d'ondes alternativement positives (P) et négatives (N) bien représentées par PICTON et Coll. Il n'est pas possible d'en recueillir la totalité au cours du même enregistrement, car la technique diffère selon la composante de la réponse à laquelle on s'intéresse.

En effet (fig. 1) le potentiel évoqué acoustique normal peut être décomposé en trois parties :

- composantes précoces (I à VI) de 0 à 10 m. sec correspondant à la mise en activité des générateurs sous-corticaux.

- composantes moyennes (No - Po - Na - Pa - Nb - Pb), de 10 à 50 m.sec peu explorées jusqu'ici.

- composantes tardives (P1 - N1 - P2 - N2) au delà de 50 m.sec dues à l'activité des aires auditives corticales et accessoirement à l'activité des aires associatives pariéto-temporales.

Ce sont à ces composantes tardives que s'intéressent la plupart des travaux effectués, dont le nôtre.

Dans la technique utilisée ici, l'aspect des composantes tardives du P.E.A. obtenu par moyennage des diverses réponses, est sensiblement différent du schéma idéal (fig. 2).

- ÷ P1 et N2 sont peu apparents.

- N1 et P2 sont au contraire très consistants.

B - RESULTATS CHEZ L'ADULTE :

1° - Réponses aux stimuli non verbaux :

- PERONNET et Coll. (1974, 1976) ont testé 26 étudiants, droitiers, indemnes de toute affection neurologique.

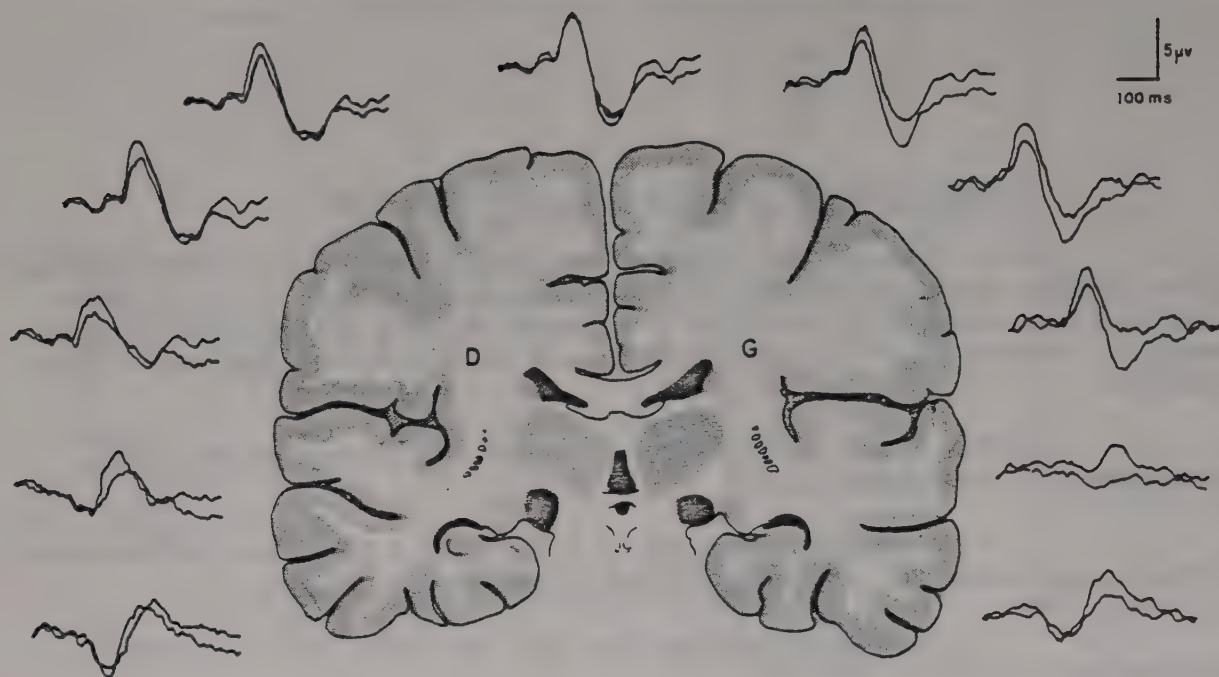


Fig.3 : CALIBRATION 10 micro-volts, 100 m.sec

- les réponses extrêmes à droite et à gauche correspondent aux électrodes mastoïdiennes.
- les traits pleins correspondent aux P.E.A. recueillis après stimulation de l'oreille gauche.
- les pointillés correspondent aux P.E.A. recueillis après stimulation de l'oreille droite.

a) La fig. 3 représente la moyenne des P.E.A. enregistrés chez tous ces sujets normaux. Elle montre bien l'inversion des réponses au niveau des scissures de Sylvius, après stimulation de l'oreille droite et de l'oreille gauche.

b) il existe une différence statistiquement significative entre la topographie de la réponse à la stimulation lorsque celle-ci affecte l'oreille droite ou l'oreille gauche. On aurait pu s'attendre dans tous les cas à une prédominance des voies controlatérales, comme ceci a été démontré par ROSENZWEIG chez le chat et confirmé chez l'homme par KIMURA à l'aide du test d'écoute dichotique.

En fait, il existe une asymétrie d'amplitude des réponses mastoïdiennes qui n'apparaît que lorsque la stimulation affecte l'oreille gauche. Dans ces conditions, la réponse recueillie au niveau de la mastoïde droite est plus ample (19 %) que son homologue controlatérale.

UNE INTERPRETATION DE CE FAIT EXPERIMENTAL tente le neuropsychologue en raison de la spécialisation fonctionnelle de l'hémisphère droit pour la perception des sons non-verbaux.

- l'absence d'asymétrie interhémisphérique en réponse à la stimulation de l'oreille droite, pourrait s'expliquer ainsi : la prépondérance des voies controlatérales favorise l'hémisphère gauche ; l'hémisphère droit bien qu'étant stimulé par les voies ipsilatérales, plus faibles, a des réponses équivalentes à celles de l'hémisphère gauche, du fait de sa dominance pour les sons non verbaux.

- au contraire, les réponses de l'oreille gauche sont plus amples : ceci s'explique si on admet qu'elles ajoutent à l'action prépondérante des voies controlatérales (oreille gauche - lobe temporal droit), la dominance hémisphérique droite pour le matériel présenté. Celui-ci serait donc doublement favorisé.

Bien que COHN (1971) ait lui aussi constaté une plus grande amplitude des P.E.A. face à l'hémisphère droit en réponse à des "clicks", seule une étude systématique sur un lot important de sujets droitiers et gauchers pourrait apporter une conclusion définitive.

2° - Réponses aux stimulus verbaux

Une asymétrie des réponses évoquées acoustiques plus amples face à l'hémisphère gauche a été constatée par GREENBERG et GRAHAM (1970).

WOOD et Coll. (1971) retrouvent cette asymétrie après présentation des stimulus synthétiques consonne-voyelle de STUDDERT-KENNEDY, et la considèrent comme statistiquement significative. Ils pensent que l'asymétrie constatée est la traduction objective de la spécialisation de l'hémisphère gauche pour l'extraction des paramètres acoustiques nécessaires à la perception du langage.

Il faut bien reconnaître cependant que tout le monde ne s'accorde pas avec ces diverses interprétations (FRIEDMAN et Coll., GALAMBOS et Coll.), et que le débat n'est pas clos.

C - RESULTATS CHEZ L'ENFANT

Après un premier travail de RAPIN et GRAZIANI (1967), A. DE CREVOISIER et F. PERONNET (1975) ont étudié la topographie des P.E.A. chez l'enfant.

1 - dans la plupart des cas, le maximum d'amplitude n'est pas situé au vertex comme chez l'adulte mais face aux régions temporales.

2 - cette répartition varie avec l'âge :

- avant 8 ans, elle est évidente.
- entre 8 et 10 ans elle est plus discrète.
- à partir de 10 ans, le maximum est plus près du vertex.

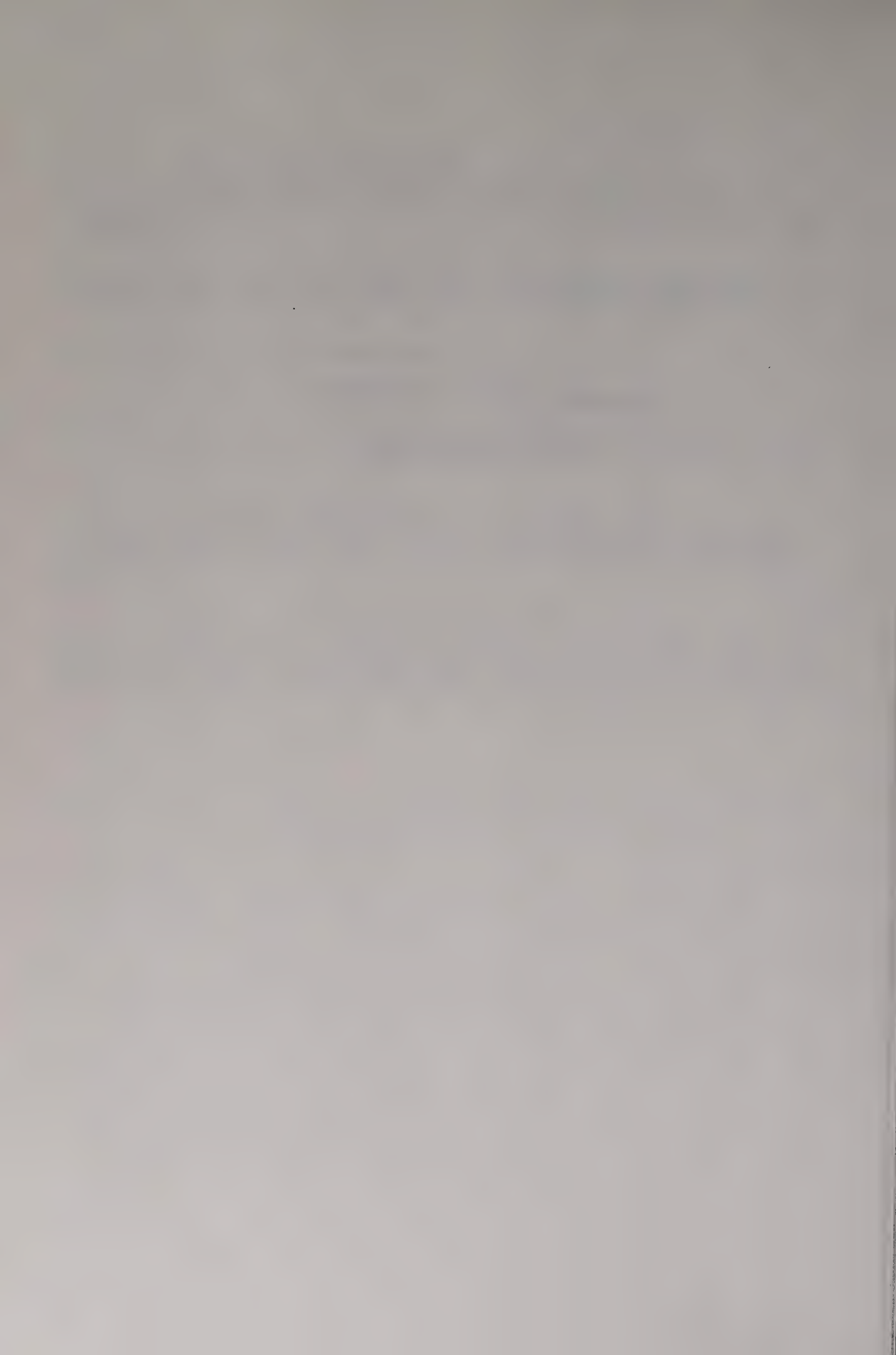
On peut se demander si l'absence de maximum vertex n'est pas due à une orientation divergente des générateurs (donc à une morphologie corticale différente de celle de l'adulte), qui se modifie au cours de la maturation.

Mais si cette technique a largement fait ses preuves dans l'exploration des surdités périphériques de l'enfant, il semble qu'actuellement son application à l'étude des troubles centraux de l'audition soit plus délicate que chez l'adulte.

DEUXIEME PARTIE

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

NOS OBSERVATIONS



Notre étude porte sur 314 patients non sélectionnés, hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie de l'Hôpital Neurologique.

L'orientation du Laboratoire de Neuropsychologie explique la particulière fréquence du nombre des aphasiques parmi les malades présentant une lésion hémisphérique gauche.

La répartition des lésions est la suivante :

- 1 - 107 cas de lésions hémisphériques unilatérales droites
(observations D1 à D107)
- 2 - 198 cas de lésions hémisphériques unilatérales gauches
(observations G1 à G198)
- 3 - 6 cas de lésions hémisphériques bilatérales
(observations B1 1 à 6)
- 4 - 3 cas de lésions du tronc cérébral
(observations T C 1 à 3).

Nous nous sommes efforcés, pour chacune des observations de résumer les faits marquants, cliniques ou paracliniques, et évolutifs, assortis le cas échéant des compte-rendus opératoires.

Dans nos observations, tous les sujets doivent être considérés comme droitiers sauf s'il est fait mention explicitement dans le texte qu'ils sont gauchers ou ambidextres.

Refusant une classification arbitraire des lésions hémisphériques, selon leur topographie (antérieure, moyenne ou postérieure), et en raison de la pluralité des sites lésionnels rapportés, nous avons préféré la présentation par ordre alphabétique pour chacun des groupes ou sous-groupes.

LE TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE a été pratiqué au moins une fois chez la plupart de nos malades (306 sur 314) :

- 3 cas de lésion gauche (observations G21 - 29 et 54) n'ont pu y être soumis pour des raisons techniques.

- l'importance de l'aphasie (4 cas de lésion gauche : observations G 10, 20, 52, 53) l'existence d'une surdité corticale (un cas de lésion bi-

latérale : Bi 6) en ont empêché dans 5 cas, la réalisation.

Ces 8 patients ont pu, par contre, bénéficier de l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques.

LES POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES ont été étudiés chez 80 sujets :

- 54 cas de lésions gauches (G1 à G 54),
- 23 cas de lésions droites (D1 à D 23),
- 2 cas de lésions bilatérales (Bi 1 et Bi 6).
- 1 cas de lésion du tronc cérébral (TC 2).

CHAPITRE I

LÉSIONS HÉMISPHÉRIQUES UNILATÉRALES DROITES

I - OBSERVATIONS DES MALADES AYANT BÉNÉFICIÉ
DU TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE ET DE
L'ENREGISTREMENT DES POTENTIELS
ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES

Observation 01

BLA... Fernand

64 ans

(Oblitération sylvienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 12.12.73 dans le service du Pr. DEVIC car il a présenté d'abord des céphalées violentes s'accompagnant de vomissements pendant deux semaines, puis brutalement s'est installée une hémiplégie gauche sensitivo-motrice s'accompagnant d'une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artériosclérose banale .

E.E.G. : ralentissement de l'activité de l'hémisphère droit, prédominant dans la région temporale.

Artériographie carotidienne droite (13.12.73) : au crâne :
oblitération complète du tronc de l'artère sylvienne, juste à son origine
avec revascularisation tardive par des branches distales de la péricalleuse.

EVOLUTION : d'abord régressive des troubles moteurs au niveau du membre inférieur et de l'hémianopsie latérale homonyme puis nouvelle aggravation secondaire (hospitalisation à Montpellier).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (14.12.73): extinction importante sur l'oreille gauche, totale pour la répétition des phrases.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : absence de P.E.A. face à l'hémisphère droit.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	25 %	75 %
	±	0 %	5 %
	-	75 %	20 %
	o		
MOTS	+	5 %	82,5 %
	±	27,5 %	12,5 %
	-	67,5 %	5 %
	o		
PHRASES	+	0 %	90 %
	±	0 %	10 %
	-	100 %	0 %
	o		

Observation D2

BOI... Louise

66 ans

(Hémiplégie gauche massive par thrombose de la carotide interne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée le 24.4.73 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT : elle a constitué, depuis le 19 avril, par à-coups successifs, s'étendant en tache d'huile, une hémiplégie gauche massive, avec hémianesthésie, sans hémianopsie, mais avec cependant abolition du réflexe psycho-visuel du côté gauche et mauvaise exploration du champ visuel gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ondes lentes intermittentes dans la région fronto-centrale droite.

Artériographie carotidienne droite : oblitération complète de la carotide interne, un centimètre après son origine, avec revascularisation du siphon carotidien et des branches terminales de la carotide interne par l'artère ophtalmique et par les branches éthmoïdales issues de la maxillaire interne.

EVOLUTION : pas de récupération des signes déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (9.6.73):extinction totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
MOTS	+	0 %	70 %
	-	5 %	15 %
	o	95 %	15 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	-	0 %	10 %
	o	100 %	0 %

Observation D3

CHA... Angèle

53 ans

(Astrocytome pariétal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en juin 1973 dans le service du Pr. MANSUY : quatre ans plus tôt, elle a été opérée à Paris d'une néoformation histologiquement bénigne, pariétale droite. Il s'agissait d'un astrocytome. Elle conserve depuis une épilepsie généralisée résiduelle.

Depuis six semaines, les crises comitiales se sont modifiées : il s'agit de crises motrices partielles hémicorporelles gauches, qui laissent place à une hémiplégie gauche, s'installant progressivement, associée à une hémihypoesthésie et à une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ralentissement permanent centro-pariétal droit.

Scintigraphie cérébrale : confirme l'existence d'une récurrence tumorale, car il existe une image lésionnelle pariétale droite.

Artériographie carotidienne droite (20.6.73) : engagement du point veineux avec abaissement du point sylvien droit sur les incidences de face, alors que de profil existe une dissociation des branches artérielles dans la région pariétale et un refoulement vers le bas de la moitié postérieure du groupe sylvien.

INTERVENTION (24.7.73) Dr. BRUNON :

Toute la région pariétale est fortement remaniée. Les circonvolutions ont totalement disparu. Incision corticale dans la région de T2 qui permet d'accéder à 1 cm de profondeur dans une cavité kystique d'environ 2 cm de diamètre, contenant un liquide clair. Toute la partie antérieure et supéro-interne du kyste est occupée par un volumineux processus expansif fibreux, mal limité. La tumeur est grossièrement arrondie ; on arrive à faire une exérèse qui conduit en-dedans jusqu'au contact de la faux, en bas sur le toit du IIIe ventricule et le carrefour ventriculaire. En avant, on laisse persister des fragments tumoraux dans la région de la capsule interne.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome de grade II.

Observation D4

COL... Ferdinand

71 ans

(Néof formation maligne temporale droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 5.6.73 dans le service du Pr. DEVIC : il présente une hémiparésie gauche installée progressivement avec hémihypoesthésie et hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : très important ralentissement permanent, pariéto-temporal droit. L'écho est dévié de 5 mm vers la gauche.

Gammagraphie : foyer temporal droit évoquant un gliome infiltrant.

- Tout concordant pour porter le diagnostic de néof formation maligne temporale droite, le patient quitte le service sans autre exploration.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (11.6.73) : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
+		40 %	100 %
(CHIFFRES ±		0 %	0 %
o		60 %	0 %
+		5 %	80 %
(MOTS ±		10 %	15 %
o		85 %	5 %
+		0 %	100 %
(PHRASES ±		0 %	0 %
o		100 %	0 %

LES SUITES OPERATOIRES :

Les suites opératoires immédiates sont simples, mais quatre mois après l'intervention, les troubles moteurs réapparaissent, s'accompagnant d'une hémihypoesthésie avec hyperpathie, d'une altération de la mémoire des faits récents, d'une alexie sans acalculie, alors que persiste l'hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche, retrouvée à deux reprises :

- le 29.6. 73 (pré-opératoire),
- le 23.11.73 (post-opératoire).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

Le circuit interhémisphérique est interrompu sur la voie pariéto-temporale par la tumeur, comme l'indique bien le compte-rendu opératoire.

		O. G.	O. D.

	+	5 %	95 %
{ CHIFFRES	±	0 %	5 %
	o	95 %	0 %

	+	17,5 %	95 %
{ MOTS	±	0 %	2,5 %
	o	82,5 %	2,5 %

	+	10 %	100 %
{ PHRASES	±	10 %	0 %
	o	80 %	0 %

Observation D5

COT... Anna

64 ans

(Accident vasculaire cérébral - Hémiplégie gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendue, hospitalisée le 17.10.73 dans le service du Pr. DEVIC. Elle vient de présenter une hémiplégie gauche, sensitivo-motrice, à prédominance brachio-faciale, d'installation rapidement progressive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artériosclérose banale.

E.E.G. : anomalies lentes permanentes, hémisphériques droites, à prédominance temporale.

Scintigraphie cérébrale et angiographie n'ont pas été pratiquées.

L'EVOLUTION ULTERIEURE : a été progressivement régressive, mais le décès est survenu en mai 1974, des suites d'une hépatite virale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche (2.11.73).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	55 %	100 %
	±	35 %	0 %
	o	10 %	0 %
MOTS	+	7,5 %	92,5 %
	±	5 %	7,5 %
	o	87,5 %	0 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D6

DEL... Marcel Claude

23 ans

(Plaie crânio-cérébrale lésant le carrefour sensoriel de Wernicke, du côté droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Gaucher, écrivant de la main droite, est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE en janvier 1967 : victime d'un accident du travail, il présente une plaie crânio-cérébrale, liée à la pénétration d'un corps étranger métallique qui a ricoché sur la voûte, du côté droit, car l'orifice d'entrée est situé dans la région occipitale gauche.

Cliniquement, il présente une hémiparésie gauche, une astéréognosie de la main gauche, une hémianopsie latérale homonyme gauche et une aphasia d'expression avec difficultés de lecture et d'écriture.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : important foyer d'ondes lentes au niveau des régions pariétale et temporale de l'hémisphère droit. L'écho est dévié de 5 mm vers la gauche.

L'artériographie carotidienne droite objective un discret engagement artériel et veineux, et un décollement traduisant la présence d'un hématome sous-dural, ainsi qu'une dissociation des branches terminales de l'artère cérébrale moyenne.

INTERVENTION (2.2.67) Pr. LECUIRE :

- évacuation d'un volumineux hématome sous-dural droit de 4 cm d'épaisseur étendu du pôle frontal à la région pariétale.

- extraction de la cheville d'acier qui est au contact della tente du cervelet, dans l'angle qu'elle fait avec la dure-mère de la convexité.

EVOLUTION :

Les troubles moteurs disparaissent. Cependant, outre une épilepsie post-traumatique (persistance à l'E.E.G. des ondes lentes temporales droites), le patient conserve de grosses séquelles et en 1976, l'examen objective :

- des troubles mnésiques,
- une hémihypoesthésie gauche,
- une hémianopsie latérale homonyme gauche,
- de petits troubles du langage : le discours spontané est peu fluide, grammaticalement correct et riche au plan du vocabulaire. Lecture et écriture restent lentes.

Observation D7

DUM... Rose

62 ans

(Hypertension artérielle - Hémiplégie gauche + apraxie de l'habillage + hémianopsie latérale homonyme gauche. Régression des signes déficitaires à l'exception de l'hémianopsie latérale homonyme gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendue depuis 15 ans, cette malade est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC le 3.6.73. Elle vient de constituer brutalement une hémiparésie gauche, sensitivo-motrice, prédominant au membre inférieur, associée à une hémianopsie latérale homonyme gauche, et à une apraxie de l'habillage.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : rétinite hypertensive.

Campimétrie : confirme l'hémianopsie latérale homonyme gauche.

E.E.G. : très important ralentissement hémisphérique droit, à prédominance temporale. Echo en place.

La scintigraphie cérébrale et l'artériographie n'ont pas été pratiquées.

Un an plus tard ne persistent qu'une hémihypoesthésie et l'hémianopsie.

EVOLUTION :

En mai 1976, après trois ans d'évolution spontanée, apparaît un syndrome dépressif associé à un syndrome parkinsonien et l'E.E.G. montre la persistance d'un important ralentissement dans la région temporale moyenne droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

n° 1 - 27.6.73 : extinction importante sur l'oreille gauche.

n° 2 - 21.10.75: } = persistance d'une extinction

n° 3 - 20.10.76: } importante sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

De plus, le malade se plaint de son oreille gauche, qu'il trouve moins bonne qu'avant l'accident, alors que l'acoumétrie est normale.

Il semble bien s'être agi d'une lésion coupant le carrefour sensoriel de Wernicke.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche (chiffres non disponibles).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : absence de réponses évoquées face à l'hémisphère droit.

		O. G.	O. D.
	+	30 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	70 %	0 %
	+	10 %	85 %
MOTS	±	20 %	2,5 %
	o	70 %	12,5 %
	+	0 %	90 %
PHRASES	±	0 %	10 %
	o	100 %	0 %

		O. G.	O. D.
	+	32,5 %	100 %
MOTS	±	7,5 %	0 %
	o	60 %	0 %
	+	50 %	100 %
PHRASES	±	10 %	0 %
	o	40 %	0 %

		O. G.	O. D.
	+	30 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	70 %	0 %
	+	35 %	92,5 %
MOTS	±	12,5 %	7,5 %
	o	52,5 %	0 %
	+	10 %	90 %
PHRASES	±	30 %	10 %
	o	60 %	0 %

GAR... Valérianna

36 ans

(Angiome temporo-occipital droit. Pas d'intervention.)

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en mai 1973 dans le service du Pr. DEVIC : elle fait des malaises depuis dix ans avec, au début, des épisodes de perte de connaissance, puis depuis quelques mois des épisodes paroxystiques avec sensation de chaleur dans tout le corps suivie d'hallucinations visuelles colorées.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Champ visuel : hémianopsie latérale homonyme gauche en quadrant supérieur.

E.E.G. : enregistrement d'une absence électroclinique spontanée avec activité critique temporale droite.

Scintigraphie cérébrale : hyperfixation intense au niveau de la partie postérieure de l'aire temporale droite.

Artériographie par technique de Seldinger : Mise en évidence d'un angiome temporo-occipital droit, alimenté par des branches de l'artère sylvienne et de l'artère cérébrale postérieure droite.

Abstention de traitement chirurgical car les malaises s'accompagnent parfois d'une suspension du langage et que le test à l'Amytal est positif à droite, pour le langage, alors que la patiente est droitnière...

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche (chiffres non disponibles).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux et symétriques.

Observation D9

G... Jeanne

74 ans

RAPPEL CLINIQUE :

1° - En aout 1975 elle avait été admise dans le service du Pr. GIRARD car elle présentait des chutes brutales depuis plusieurs années, sans trouble de conscience, ayant entraîné de multiples traumatismes et au décours de l'une d'elles, la révélation d'une hémiparésie gauche sensitivo-motrice, sans altération du champ visuel.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement localisé dans la région rolandique droite.

Artériographie carotidienne droite : petite zone ulcérée à l'origine de la carotide interne. Abaissement de la veine thalamo-striée, témoignant de l'existence d'un gros ventricule.

Scintigraphie cérébrale : zone hypervasculaire fronto-pariétale droite à l'angioscintigraphie sans hyperfixation tardive.

Potentiels évoqués somesthésiques : diminution d'amplitude dans la seule région pariétale droite.

2° - Le 6 mai 1976 : elle est admise dans le service du Pr. DEVIC à la suite d'une nouvelle chute. Elle présente :

- un traumatisme orbitaire gauche responsable d'une cécité de l'oeil gauche et d'une paralysie partielle du III gauche.

- un traumatisme pariéto-occipital droit : et elle développe rapidement une agnosie visuelle avec prosopagnosie, agnosie partielle des images, sans agnosie des objets ni des couleurs, sans négligence spatiale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Champ visuel : rétrécissement concentrique du champ visuel.

E.E.G. : composante lente dans la seule région centrale droite et déviation de 2 mm de l'écho vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale: elle montre toujours une lacune pariétale antérieure droite sur l'angioscintigraphie sans zone hyperfixante.

Potentiels évoqués somesthésiques : réponse très réduite dans la région fronto-pariétale droite ; l'asymétrie est plus marquée qu'en aout 1975.

Potentiels évoqués visuels : morphologie normale. Pas d'asymétrie entre les deux régions occipitales.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1° - 15.9.75 : extinction importante sur l'oreille gauche.

2° - 25.5.76 : idem.

La patiente se plaint d'avoir l'oreille gauche bouchée, dit que les sonneries la font sursauter et que son oreille gauche seulement bourdonne, lorsqu'on lui parle bas.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas d'asymétrie : mauvais P.E.A. sur les dérivations temporales droite et gauche ; la morphologie et l'amplitude sont normales sur les dérivations pariétales et le vertex.

		O. G.	O. D.
	+	70 %	50 %
(CHIFFRES	±	20 %	0 %
	o	10 %	50 %
	+	10 %	72,5 %
(MOTS	±	15 %	17,5 %
	o	75 %	10 %
	+	0 %	70 %
(PHRASES	±	0 %	0 %
	o	100 %	30 %

Observation D10

GIR... René

52 ans

(Ramollissement ischémique dans le territoire sylvien droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé le 23.10.73 dans le service du Pr. DEVIC ; il s'agit d'un éthylique, hypertendu qui a constitué brutalement, 6 jours auparavant, une hémiplégie gauche massive sensitivo-motrice, traduisant un ramollissement sylvien droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artériosclérose.

Champ visuel : impossible à étudier.

E.E.G. : ralentissement important dans la région hémisphérique droite, à prédominance temporale.

Artériographie carotidienne droite : absence de lésion athéromateuse sténosante au niveau de la bifurcation, mais irrégularités du siphon carotidien et aspect grêle des branches cérébrales moyennes.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (2.11.75) : extinction importante sur l'oreille gauche pour les mots et surtout pour les phrases, alors que les chiffres sont normalement perçus.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : ininterprétables.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	85 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	15 %	0 %
MOTS	+	35 %	87,5 %
	±	10 %	5 %
	o	55 %	7,5 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	±	10 %	10 %
	o	90 %	0 %

Observation D11

GRA... Inès

60 ans

(Oblitération des branches postérieures de la sylvienne droite.
Syndrome pariétal).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hypertendue, en arythmie complète, d'installation récente, hospitalisée dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT en avril 1974.

Au mois de décembre, elle a présenté une scène clinique assez inhabituelle : pendant 20 minutes, de façon incoercible, se sont succédés des mouvements forcés du membre supérieur gauche, qui se portait à la région temporale gauche, sans aucune altération de conscience.

A l'entrée, l'examen constate l'existence au membre supérieur gauche d'un syndrome pariétal avec astéréognosie, hypoesthésie tactile, extinction sensitive sans aucun déficit moteur.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : à gauche, séquelles de thromboses artérielles localisées à une branche de division de l'artère temporale supérieure.

Champ visuel : (par confrontation : normal.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes dans la région temporale droite.

Scintigraphie cérébrale : très discrète hyperfixation pariétale postérieure droite, se projetant à la périphérie.

Artériographie carotidienne droite : défaut d'imprégnation de la plupart des branches descendantes de la sylvienne : absence d'injection de la temporo-occipitale, des temporales postérieure et moyenne, alors que la pariétale postérieure s'imprègne faiblement et est réinjectée par des branches issues de la péricalleuse.

Donc oblitération de certaines branches terminales de la sylvienne droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (2.11.74) extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	10 %	85 %
	-	0 %	5 %
	o	90 %	10 %
MOTS	+	2,5 %	82,5 %
	-	5 %	7,5 %
	o	92,5 %	10 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D12

KHA... Aimé

48 ans

(Atrophie cérébrale post-traumatique).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé en novembre 1971 dans le service du Pr. DEVIC, dans les suites d'un traumatisme crânien survenu six mois plus tôt, s'étant accompagné d'un coma de deux jours. L'examen, à l'entrée, objective une hémiparésie gauche sensitivo-motrice avec hémianopsie latérale homonyme gauche et mydriase gauche, et une détérioration intellectuelle.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : papilles pâles, à bord net.

E.E.G. : ralentissement global sans signe de localisation.

Gammagraphie : normale.

Artériographie carotidienne droite : normale.

Encéphalographie gazeuse : atrophie corticale et sous-corticale diffuse prédominant dans la région frontale.

EVOLUTION :

Persistance des signes neurologiques déficitaires.

Transit isotopique du L.C.R. normal, éliminant à priori le diagnostic d'hydrocéphalie à basse pression.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (13.7.73) : extinction modérée sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	35 %	85 %
	±	0 %	0 %
	o	65 %	15 %
MOTS	+	55 %	87,5 %
	±	20 %	10 %
	-		
	o	25 %	2,5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D13

LAF... Gabrielle

54 ans

(Glioblastome pariéto-temporo-occipital droit)

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendue et diabétique, cette malade est hospitalisée dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT, à la suite d'un épisode aigu ayant duré du 31.12. au 2.1.74, ayant comporté un épisode confusionnel, des hallucinations visuelles élémentaires surtout dans le champ gauche, des hallucinations auditives élémentaires et des troubles mnésiques.

L'examen clinique à l'entrée (21.1.74) est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Champ visuel : normal

E.E.G. : (22.1.74) montre un ralentissement permanent de l'activité cérébrale temporale droite.

Scintigraphie cérébrale : zone très hyperfixante temporale postérieure droite faisant évoquer un processus tumoral.

L'artériographie carotidienne droite : ne confirme pas cet aspect, n'objectivant que des lésions athéromateuses, en particulier sur la cérébrale moyenne.

La patiente quitte le service. Elle est revue le 11.2.74 : il existe alors un état d'obnubilation, des nausées et surtout une hémianopsie latérale homonyme gauche et des troubles de l'orientation spatiale.

Deux semaines plus tard, se constituent progressivement, une hémiparésie gauche sensitivo-motrice à prédominance brachiale, un syndrome pariétal, une apraxie constructive, une aplanotopokinésie sans agnosie visuelle, sans anosognosie. Cette fois, l'artériographie (22.2.74) confirme l'impression clinique en objectivant une énorme lésion hypervascularisée, de siège temporo-occipital droit, s'accompagnant d'un engagement artériel et veineux de 2 cm.

INTERVENTION (26.2.74) Dr. DERUTY.

Lambeau pariéto-occipital : la tumeur affleure au cortex dans la région sus-mastôïdienne. Elle est intra-temporale, sous la partie postérieure de la vallée sylvienne et se clive par l'intermédiaire d'un tissu de ramollissement, si bien qu'elle peut être enlevée d'un bloc. Sa taille est celle d'une petite orange. Il s'agit d'un glioblastome multiforme.

L'EVOLUTION immédiate est bonne puisque seule persiste l'hémianopsie, mais les symptômes récidivent 10 mois plus tard.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE ;

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (22.2.74, pré-opératoire) : extinction totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	0 %	90 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	10 %
MOTS	+	0 %	87,5 %
	±	2,5 %	12,5 %
	-		
	o	97,5 %	0 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	±	0 %	10 %
	-		
	o	100 %	0 %

Observation D14

LAU... Marie

69 ans

(Hématome intra-cérébral de l'hémisphère droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hypertendue, hospitalisée en mai 1973 dans le service du Pr. DEVIC: au décours de crises angineuses subintrantes, elle constitue en trois jours une hémiparésie gauche débutant au membre inférieur, gagnant ensuite le territoire brachio-facial, ne s'accompagnant d'aucun déficit sensitif objectif. Le mode d'installation, la notion d'un traitement héparinique, font poser le diagnostic d'hématome intra-cérébral.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire banale.

Champ visuel : impossible à explorer.

E.E.G. : ralentissement hémisphérique droit, prédominant dans la région temporale.

Le décès survient au cours d'un infarctus myocardique.

Il n'y a pas eu de vérification anatomique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (24.5.73) : extinction totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas de P.E.A. face à l'hémisphère droit.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	100 %	0 %
	o		
MOTS	+	0 %	92,5 %
	+	0 %	2,5 %
	-	100 %	5 %
	o		
PHRASES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	100 %	0 %
	o		

Observation D15

MEC... Mohamed

63 ans

(Accident vasculaire embolique dans le territoire sylvien droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade diabétique, hypertendu, en arythmie complète par fibrillation auriculaire, est hospitalisé le 13 novembre 1973 dans le service du Pr. DEVIC : il présente un syndrome confusionnel, une hémiparésie gauche, une hémianopsie latérale homonyme gauche, qui régressent rapidement et seule persiste une apraxie constructive. Toute la symptomatologie s'est installée brutalement, et le diagnostic d'accident ischémique embolique sylvien droit a été retenu, d'autant que l'examen clinique a objectivé de plus un tableau d'embol du tronc tibio-péronier gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : début de rétinopathie diabétique.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes permanentes du côté droit, prédominant dans la région frontale et temporale antérieure.

L'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale (7.11.73) : hyperfixation importante des régions temporale et occipitale droites, périphérique sur les incidences de face.

Il n'est pas pratiqué d'angiographie carotidienne.

Par contre, une angiographie fémorale confirme (ainsi que l'intervention) l'existence d'embols multiples dans les deux membres inférieurs.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (15.11.73) : extinction importante sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	40 %	60 %
	±	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	60 %	40 %
MOTS	+	5 %	55 %
	±	10 %	35 %
	-	10 %	35 %
	o	85 %	10 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

MEU... Jean

64 ans

(atrophie cérébrale. Ramollissement pariéto-occipital droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admis dans le service du Pr. GIRARD en mai 1973. Il s'agit d'un hypertendu qui a déjà été hospitalisé à l'Hôpital Neurologique dans le service du Pr. LECUIRE en 1963, lors d'une hémorragie cérébro-méningée avec hémiplégie gauche. Les artériographies n'avaient montré alors que des signes d'athérome avec irrégularités de calibre du siphon carotidien. Dans les suites de cet accident initial se sont rapidement installés alors que les troubles moteurs persistaient :

- un syndrome de détérioration mentale,
- une épilepsie généralisée,

qui motivent le séjour actuel.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire - signes du croisement.

E.E.G. : ralentissement global modéré et ralentissement plus important et permanent de la région temporale droite, en relation avec l'accident vasculaire ancien.

Scintigraphie cérébrale : discret foyer hyperfixant se projetant au niveau de la région temporale antérieure droite.

Artériographie carotidienne droite : lésions athéromateuses diffuses et réseau artériel grêle, avec en particulier sténose sur la péricalleuse.

Encéphalographie gazeuse : importante dilatation ventriculaire bilatérale, avec de plus une cavité pariétale droite communiquant avec le ventricule latéral (témoin d'un hématome intra-cérébral ancien ?)

Le diagnostic d'encéphalopathie hypertensive est proposé, et le malade subit une biopsie cérébrale (1.7.73) dans la région temporale postérieure droite ainsi qu'une dérivation par valve. L'examen histologique du matériel prélevé n'apporte aucun élément d'orientation. Le décès survient le 15.7.73.

LA VERIFICATION de l'encéphale montre une atrophie corticale à prédominance frontale. Il existe un important ramollissement pariéto-occipital droit. Le polygone artériel est très athéromateux.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE de 3 fragments (région pariétale gauche et région du carrefour droit) objective :

- une sclérose diffuse de la leptoméninge
- d'importantes lésions d'athérosclérose
- plusieurs petits foyers disséminés, d'âge varié, de nécrose ischémique, touchant aussi bien le cortex que la substance blanche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.6.73 - pré-opératoire) :
extinction quasi-totale sur l'oreille gauche (totale pour la répétition des phrases).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	90 %
	-	10 %	10 %
	o	90 %	0 %
MOTS	+	25 %	85 %
	-	0 %	7,5 %
	o	75 %	7,5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D17

MIC... André

67 ans

(traitement anticoagulant - Hémiplégie gauche, syndrome d'Anton Babinski, négligence spatiale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé le 23.5.73 dans le service du Pr. DEVIC. Il est porteur d'une myocardiopathie et a déjà présenté 8 ans auparavant une hémiplégie droite régressive, puis une embolie au membre inférieur gauche. Il suit donc un traitement aux antivitamines K, lorsqu'il constitue subitement une hémiplégie gauche, avec participation faciale. L'examen clinique objective de plus l'existence d'un syndrome d'Anton Babinski avec négligence spatiale gauche qui ne permet pas d'affirmer la coexistence avec une hémianopsie latérale homonyme.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artères grêles, avec signes du croisement.

E.E.G. : ralentissement permanent de la région frontale droite.

Pas de scintigraphie (ni d'artériographie à cause du traitement anticoagulant.)

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : Il existe une asymétrie des P.E.A. qui sont moins amples face à l'hémisphère droit.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
		:	0 %	:	100 %
		:		:	
(CHIFFRES	+	:	10 %	:	0 %
	-	:		:	
		:	90 %	:	0 %
		:		:	
		:		:	
		:	12,5 %	:	85 %
		:		:	
(MOTS	+	:	10 %	:	7,5 %
	-	:		:	
		:	77,5 %	:	7,5 %
		:		:	
		:		:	
		:	0 %	:	80 %
		:		:	
(PHRASES	+	:	20 %	:	20 %
	-	:		:	
		:	80 %	:	0 %
		:		:	
		:		:	

Observation D18

MOR... Jeanne

50 ans

(anévrisme du tronc basilaire (entre cérébrale postérieure gauche et cérébrale supérieure gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée dans le service du Pr. MANSUY le 25.4.74 pour une hémorragie méningée. L'examen neurologique est normal et le bilan angiographique objective un anévrisme du tronc basilaire, situé à gauche entre la cérébrale postérieure et la cérébelleuse supérieure.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel, examen O.R.L., sont normaux.

E.E.G. : discrète composante lente temporale droite.

INTERVENTION (27.4.74) Pr. FISCHER :

Lambeau temporal droit. Une lobectomie temporale droite est réalisée pour permettre l'abord de l'anévrisme qui est exclu par pose d'un clip.

SUITES OPERATOIRES : simples, aucune séquelle neurologique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.5.74) : normal

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux, même plus amples à droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	80 %
	+	0 %	0 %
	-	0 %	20 %
MOTS	+	85,5 %	82,5 %
	+	10 %	12,5 %
	-	2,5 %	5 %
PHRASES	+	50 %	60 %
	+	30 %	30 %
	-	20 %	10 %

Observation D19

MOR... Henri

58 ans

(Contusion temporale droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY le 14.11.73, dans les suites immédiates d'un traumatisme crânien subi lors d'un accident de la circulation : il est obnubilé et présente une hémiparésie gauche brachio-faciale qui régresse rapidement.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ondes lentes temporales droites et écho dévié de 4 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite : refoulement vers la ligne médiane de la sylvienne, avec engagement veineux de 3 mm, de face ; de profil, les branches cérébrales moyennes apparaissent un peu refoulées et tassées vers l'avant : le bilan angiographique est compatible avec le diagnostic de processus légèrement expansif et avasculaire, situé en arrière de la vallée sylvienne (contusion temporale).

Abstention chirurgicale.

EVOLUTION : favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.11.73) : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	25 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	75 %	5 %
MOTS	+	2,5 %	70 %
	±	10 %	15 %
	o	87,5 %	15 %
PHRASES	+	0 %	60 %
	±	0 %	30 %
	o	100 %	10 %

Observation D21

PAR... Jacqueline

51 ans

(astrocytome grade III, temporo-insulaire droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade adressée dans le service du Pr. ALLEGRE par le service du Dr. GARDE, le 20.11.73 : en juillet 1973, elle a présenté un malaise avec perte de connaissance, précédé de sensations bizarres, évocatrices d'une épilepsie temporale. Vers le début du mois de novembre, est apparue une névralgie faciale droite, d'allure symptomatologique, puis une hémiparésie gauche sensitivo-motrice.

Elle se plaint depuis d'une sensation d'oreille gauche bouchée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Champ visuel : quadranopsie supérieure homonyme gauche.

E.E.G. : importants signes de souffrance hémisphérique droite, prédominant dans la région temporale.

Scintigraphie cérébrale : foyer hyperfixant temporal droit.

Artériographie carotidienne droite : confirme l'existence d'un processus expansif avasculaire, temporal droit.

INTERVENTION (28.11.73) Pr. GOUTELLE :

Lobectomie temporale droite : découverte en profondeur d'une volumineuse tumeur temporo-insulaire, allant jusqu'à la tente du cervelet. Exérèse progressive.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE : astrocytome grade III.

Revue en juillet 1974, pour une suppuration des plaies superficielles. L'intervention "de propreté" découvre une récidive tumorale bourgeonnante au niveau du lobe temporal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (22.11.73) : extinction totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : absence de P.E.A. face à l'hémisphère droit.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	15 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	85 %	0 %
	o		
MOTS	+	0 %	90 %
	+	7,5 %	10 %
	-	92,5 %	0 %
	o		
PHRASES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	100 %	0 %
	o		

Observation D22

ROU... Etienne

60 ans

(Ramollissement ischémique dans le territoire sylvien droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC : en trois semaines s'est installé un déficit moteur brachio-facial gauche, précédé de dysesthésies péribucales. L'examen n'objective qu'un très discret déficit sensitif au niveau de la main qui est cependant astéréognosique, et révèle une anosodiaphorie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil + campimétrie : normaux.

E.E.G. : normal.

Scintigraphie cérébrale : montre une zone hyperfixante, étendue en bande de la région temporale antérieure droite à la région pariétale moyenne, dont l'aspect est compatible avec le diagnostic d'accident ischémique.

L'artériographie carotidienne droite puis gauche : sont considérées comme normales.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (9.5.73) : extinction totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des P.E.A., face à l'hémisphère droit, en particulier face à la région temporale droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	100 %	0 %
	o		
MOTS	+	0 %	97,5 %
	+	0 %	2,5 %
	-	100 %	0 %
	o		
PHRASES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	100 %	0 %
	o		

Observation D23

VAC... Claude

41 ans

(Oligodendrogliome grade I pariéto-temporal droit)

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé pour la première fois le 19.6.72 dans le service du Pr. DEVIC. Il a été opéré à deux reprises (novembre 1970 et février 1972) d'un oligodendrogliome temporo-pariétal droit, révélé par l'apparition de crises somato-sensitives hémicorporelles gauches, surtout brachio-faciales, depuis 1962.

INTERVENTION n° 1 (18.11.70) Pr. LAPRAS :

Volet temporal moyen postérieur droit : une tumeur noirâtre, violacée fait saillie à travers le cortex au niveau du tiers moyen de la vallée sylvienne. Son exérèse montre qu'elle a disséqué toute la vallée sylvienne et qu'elle se développe sur le versant de la berge supérieure. Sacrifice de la branche artérielle du pli courbe.

INTERVENTION n° 2 (4.2.72) Pr. LAPRAS :

On découvre au fond de la vallée sylvienne un tissu d'aspect pathologique dont l'exérèse est limitée en avant vers la région rolandique.

DANS LES SUITES OPERATOIRES, l'examen objective un syndrome pariétal, une quadranopsie inférieure homonyme gauche, et l'E.E.G. met en évidence un foyer d'ondes lentes temporal postérieur droit, alors que les signes révélés par plusieurs scintigraphies cérébrales s'aggravent progressivement, puisque le 14.12.73 cet examen montre sur les incidences de profil droit une hyperfixation fronto-pariéto-temporale, avec un foyer plus net temporal postérieur.

L'EVOLUTION ultérieure sera marquée par l'apparition d'un syndrome démentiel après un flash de radiothérapie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (19.12.73) : extinction importante sur l'oreille gauche

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas de P.E.A. face à l'hémisphère droit.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	75 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	15 %	5 %
MOTS	+	17,5 %	70 %
	±	22,5 %	10 %
	o	60 %	20 %
PHRASES	+	10 %	80 %
	±	10 %	20 %
	o	80 %	0 %

II - OBSERVATIONS DES MALADES N'AYANT BÉNÉFICIÉ
QUE DU TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE

ACC... Jean-François

16 ans

Hématome intra-temporal droit.

RAPPEL CLINIQUE :

Ce jeune homme est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE à la suite d'un violent traumatisme crânien, rapidement suivi de troubles de conscience et d'une hémiplégie gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Les radiographies du crâne montrent une fracture temporale gauche.

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. témoigne d'un foyer de souffrance temporal gauche.
L'écho est dévié vers la droite.

L'artériographie carotidienne droite montre un processus expansif intra-temporal : soulèvement de l'artère sylvienne, refoulement en avant des insulaires.

INTERVENTION (21.3.73) Dr. BRET :

Le cortex temporal apparaît échyмотique, sans contusion véritable. L'incision du lobe temporal à sa partie moyenne, permet d'accéder à un volumineux hématome lobaire qui se prolonge dans la corne temporale du ventricule latéral. La cavité de l'hématome évacué atteint une dimension considérable.

L'EVOLUTION :

se fait vers la lente régression des troubles moteurs, mais la campimétrie objective une hémianopsie latérale homonyme gauche et l'E.E.G. montre la persistance d'importantes anomalies temporales droites, associant ondes lentes et pointes-ondes.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (30.5.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	47 %	87 %
	±	20 %	0 %
	o	33 %	13 %
MOTS	+	15 %	75 %
	±	22,5 %	22,5 %
	o	62,5 %	2,5 %
PHRASES	+	10 %	80 %
	±	10 %	10 %
	o	80 %	10 %

Deux hypothèses peuvent expliquer cette extinction :

- soit l'existence d'une rupture calleuse post-traumatique
- soit l'existence d'un syndrome de Marchiafava-Bignami (compte-tenu de l'éthylisme).

BAL... Patrick

31 ans

Hémorragie méningée en mars 1976. Bilan négatif.
Hémiplégie gauche en mai 1976.

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Ce malade, sans antécédent pathologique, est hospitalisé pour la première fois le 4 mars 1976, à l'occasion d'une hémorragie méningée, sans signe de localisation.

L'artériographie par technique de Seldinger explorant les quatre pédicules encéphaliques ne montre aucune anomalie.

2° - Le 11 mai 1976, il est hospitalisé une seconde fois, car il vient de présenter, brutalement, une hémiplégie gauche à prédominance brachio-faciale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil, le champ visuel, l'E.E.G. sont normaux.

La scintigraphie cérébrale met en évidence, sur les temps tardifs, un foyer d'hyperfixation temporal droit.

L'artériographie carotidienne droite montre l'existence possible d'un petit hématome temporal profond, mais rien n'emporte la conviction.

L'EVOLUTION :

est favorable : le malade a une force musculaire normale, mais huit mois plus tard, persiste un syndrome pyramidal gauche irritatif.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (11.1.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:	100 %	:	100 %
CHIFFRES	±	:	0 %	:	0 %
	o	:	0 %	:	0 %
		:		:	
		:	100 %	:	100 %
MOTS	±	:	0 %	:	0 %
	o	:	0 %	:	0 %
		:		:	
		:	100 %	:	100 %
PHRASES	±	:	0 %	:	0 %
	o	:	0 %	:	0 %
		:		:	

Observation D27

BAR... Gisèle

27 ans

(Comitialité - cavernome frontal sus-calleux)

RAPPEL CLINIQUE :

Cette jeune femme est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC le 28.8.75 :

1° - Quatre mois auparavant, elle avait fait une série de crises comitiales généralisées, alors qu'elle n'avait aucun antécédent d'épilepsie.

Le bilan clinique et paraclinique n'avait pas mis en évidence d'étiologie particulière.

2° - Le 26.8.75, après un séjour à l'Hôpital de Belley, elle est transférée à l'Hôpital Neurologique à la suite d'un état de mal généralisé. L'examen à l'entrée est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal

L'E.E.G. montre une composante lente théta, intermittente, de siège bi-fronto-temporal à prédominance droite.

L'artériographie carotidienne droite montre un engagement de type frontal et, de profil un refoulement en berceau de la péricalleuse, traduisant un processus expansif avasculaire, de siège frontal.

INTERVENTION (10.9.75) Dr. BRUNON :

A 2 cm de la ligne médiane, le cortex a un aspect chamois, traduisant une hémorragie ancienne. A 2 cm de profondeur, on découvre un hématome collecté qui, une fois évacué, permet de visualiser une masse polylobée allongée dans le sens antéro-postérieur, développée sur le toit du tiers antérieur du corps calleux, surtout développée à droite, mais franchissant la ligne médiane sous la faux du cerveau, d'aspect angiomateux. L'exérèse conduit à sacrifier une branche de la callosomarginale droite. La dissection de cette malformation, est relativement aisée, sauf à sa partie inférieure où elle adhère aux deux artères péricalleuses.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Cavernome thrombosé.

SUITES OPERATOIRES :

sans problème.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (15.9.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal (en post-opératoire).

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	85 %	92,5 %
	±	7,5 %	2,5 %
	o	7,5 %	5 %
PHRASES	+	30 %	80 %
	±	10 %	10 %
	o	60 %	10 %

BAR... Marius

54 ans

(Sarcome cérébral, frontal postérieur)

RAPPEL CLINIQUE :

Gaucher contrarié à cause d'une blessure à l'épaule gauche, se servant depuis surtout de la main droite.

1° - Le 27.4.73, il présente un traumatisme crânien avec perte de connaissance, mais l'E.E.G. est normal et le patient peut reprendre son activité professionnelle jusqu'au mois de décembre où il constate qu'il a des difficultés pour monter les escaliers.

Le 3.1.74, le médecin-traitant appelé à son chevet, constate une hémiparésie gauche.

A l'entrée dans le service, l'examen confirme l'existence de ce déficit moteur à prédominance crurale sans déficit sensitif et sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal

L'E.E.G. également

La scintigraphie cérébrale montre une petite zone hyperfixante, parasagittale fronto-pariétale droite.

L'artériographie carotidienne droite, en l'absence d'engagement, montre un abaissement de la cérébrale antérieure et un tassement des insulaires.

INTERVENTION n° 1 (16.1.74) Pr. LAPRAS :

est pratiquée après volet pariétal et ne montre qu'un tissu d'aspect ramolli qui est prélevé, alors que l'exploration jusqu'au ventricule et jusqu'à la ligne médiane ne montre pas à l'évidence de tumeur.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

ne montre pas non plus d'infiltration tumorale.

LES SUITES OPERATOIRES :

immédiates sont simples, et le malade quitte le service pour partir dans un centre de rééducation où son état ne s'améliore pas puisqu'il présente progressivement des symptômes d'hypertension intra-crânienne.

2° - Le 1.3.74, l'hémiplégie droite est massive : le patient est apathique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil reste normal ainsi que le champ visuel

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent fronto-central droit. L'écho est dévié de 3 mm vers la gauche.

La scintigraphie cérébrale montre alors un foyer frontal postérieur droit, périphérique.

La nouvelle artériographie carotidienne droite met en évidence un engagement artériel et veineux de 2 cm et un aspect en berceau de la sylvienne confirmant l'existence d'une lésion expansive frontale.

INTERVENTION n° 2 (14.3.74) Pr. LAPRAS :

On découvre dans la région supra-sylvienne, au niveau du pied de la frontale ascendante, une tumeur charnue, peu vasculaire, entourée d'une zone de ramollissement. L'exérèse est complète.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Sarcome cérébral à cellules rondes, réticulo-lymphoblastique.

LES SUITES OPERATOIRES :

immédiates sont marquées par une aggravation des troubles moteurs avec participation faciale gauche à l'hémiplégie, qui n'existait pas antérieurement et par des troubles phasiques. Secondairement l'état général s'altère et le malade décède le 1.4.74.

VERIFICATION ANATOMIQUE DE L'ENCEPHALE (Pr. M. TOMMASI) :

Extérieurement : oedème cérébral généralisé ; volumineux engagement temporal droit. Le foyer opératoire sus-sylvien droit ne présente pas de particularité ; la cicatrice rétro-rolandique plus ancienne est elle aussi d'aspect normal.

Les coupes vertico-frontales montrent une infiltration massive du centre ovale droit par un tissu tumoral qui diffuse sous forme d'une tumeur dans la

première circonvolution temporale droite, au niveau de son axe blanc.
Tronc cérébral et cervelet sont normaux.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (12.3.74)

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : pratiqué avant la seconde intervention qui devait faire découvrir une tumeur du pied de la frontale ascendante, montre une extinction importante sur l'oreille gauche, prédominant pour les phrases, qui trouve son explication lors de la vérification anatomique avec la mise en évidence d'un envahissement tumoral temporal droit.

		O. G.	O. D.
	+	84 %	88 %
CHIFFRES	±	8 %	0 %
	o	8 %	12 %
	+	37,5 %	70 %
MOTS	±	37,5 %	25 %
	o	25 %	5 %
	+	20 %	100 %
PHRASES	±	10 %	0 %
	o	70 %	0 %

BAU... Catherine

54 ans

(Hémorragie cérébro-méningée. Hématome pariéto-temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Le 8.1.76 elle ressent une violente céphalée, puis présente un syndrome méningé rapidement suivi de l'apparition progressive d'une hémiplégie gauche avec altération du schéma corporel. Elle est alors hospitalisée dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La ponction lombaire confirme qu'il s'agit bien d'une hémorragie cérébro-méningée.

Le fond d'oeil montre un oedème papillaire bilatéral et la présence de deux hémorragies rétinienne gauches. L'aspect se normalise ensuite rapidement.

Plusieurs campimétries faites ultérieurement ne montrent jamais de déficit du champ visuel.

L'E.E.G. du 10.1.76, montre un ralentissement permanent de l'activité cérébrale au niveau de l'hémisphère droit. L'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

La scintigraphie cérébrale (27.1.76) objective une lésion pariétale droite accolée à la périphérie.

L'artériographie carotidienne droite (9.1.76) : image de lésion expansive temporale postérieure avec aspect d'engagement temporal de la cérébrale postérieure et refoulement en haut de la partie initiale des branches temporales postérieures de l'artère sylvienne.

Potentiels évoqués somesthésiques : diminution du pic en W et abolition du pic III.

L'EVOLUTION ultérieure est favorable, tant sur le plan clinique que paraclinique, avec disparition des anomalies notées.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (9.2.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur
l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	80 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	20 %	0 %

MOTS	+	27,5 %	87,5 %
	-	2,5 %	7,5 %
	o	70 %	5 %

PHRASES	+	10 %	90 %
	-	30 %	10 %
	o	60 %	0 %

Observation D30

BAY... Jean

37 ans

(angiome temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 25.5.74 dans le service du Pr. ALLEGRE.

Un bilan avait été pratiqué dans un autre service de neurologie, à la suite de deux crises comitiales généralisées, dont l'une avait été précédée d'une cacosmie paroxystique, sans révéler le moindre signe déficitaire.

L'E.E.G. était également normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La scintigraphie cérébrale montre un volumineux foyer temporo-pariétal droit.

L'artériographie par technique de Seldinger (31.5.74) objective un angiome à court-circuit artério-veineux, temporal droit, alimenté par une volumineuse artère sylvienne et par une branche de la cérébrale postérieure droite, le drainage se faisant en direction du sinus longitudinal supérieur.

INTERVENTION n° 1 (12.6.74) Pr. GOUTELLE :

L'angiome occupe tout le lobe temporal superficiel et profond. Incision corticale à la face interne de la veine de drainage antérieure permettant d'accéder au pédicule temporal supérieur qui vient de l'artère sylvienne. Pose d'un clip, puis incision corticale à la base, permettant de découvrir la partie profonde du pédicule venant de la cérébrale postérieure.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont remarquablement simples, mais ...

L'artériographie de contrôle (septembre 1974) n'étant pas satisfaisante...

INTERVENTION n° 2 (5.9.74) :

Pose de clips sur les pédicules artériels sylviens persistants.

Le malade est revu ensuite périodiquement : il ne présente plus de crise comitiale, mais l'E.E.G. montre toujours un ralentissement temporal droit.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - (12.6.74. pré-opératoire) : normal.

2 - (17.6.74), au 5e jour après la première intervention : extinction importante sur l'oreille gauche, seule traduction d'une souffrance temporale droite.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	100 %	97,5 %
MOTS	±	0 %	2,5 %
	o	0 %	0 %
	+	80 %	80 %
PHRASES	±	20 %	20 %
	o	0 %	0 %

		O. G.	O. D.
	+	65 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	35 %	0 %
	+	22,5 %	100 %
MOTS	±	2,5 %	0 %
	o	75 %	0 %
	+	0 %	100 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D31

BEA... Maurice

24 ans

(Hémorragie cérébro-méningée - anévrysme de la communicante antérieure).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade, sans antécédent particulier, est hospitalisé et opéré en urgence pour rupture d'un anévrysme de la communicante antérieure avec troubles de conscience et hémiparésie gauche.

INTERVENTION (1.4.74) Pr. LAPRAS :

Lobectomie préfrontale droite. Pose d'un clip sur le collet de l'anévrysme.

L'artériographie de contrôle (25.4.74) (artériographie carotidienne droite) : image de rétrécissement localisé de la carotide interne au niveau du siphon.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.4.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	72 %	88 %
	-	0 %	0 %
	o	28 %	12 %
MOTS	+	35 %	82,5 %
	-	15 %	15 %
	o	50 %	2,5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

BEK... Hachemi

35 ans

(astrocytome grade I, temporal droit)

RAPPEL CLINIQUE :

Admis en avril 1976 dans le service du Pr. GIRARD, ce malade sans antécédent particulier a subi quelques jours plus tôt un accident avec traumatisme crânien. Depuis, il se plaint de céphalées intenses.

L'examen est entièrement normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal

L'E.E.G. montre un discret ralentissement, sans anomalie localisée, alors que le tracé réalisé une semaine plus tôt avait mis en évidence un ralentissement plus marqué dans la région temporale postérieure droite. L'écho est dévié de 3 mm vers la gauche.

La scintigraphie cérébrale montre une zone modérément fixante, temporale postérieure droite.

L'artériographie carotidienne droite montre un processus expansif temporal droit, non imprégné.

INTERVENTION (16.4.76) Dr. DERUTY :

(à la recherche d'une lésion post-traumatique) découverte dans la région temporale moyenne d'une tumeur infiltrante qui paraît s'étendre à la totalité du lobe temporal droit, allant en particulier jusqu'à la vallée sylvienne. L'exérèse n'est que partielle.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE:-:

Astrocytome grade I

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (29.4.76)

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (post-opératoire) extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	30 %	50 %
	-	0 %	0 %
	o	70 %	50 %
MOTS	+	5 %	75 %
	-	15 %	22,5 %
	o	80 %	2,5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

BLA... Antoine

53 ans

(Hématome intra-temporal droit spontané)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade, victime d'un polytraumatisme en 1968, est adressé dans le service du Pr. LECUIRE le 23.2.73, car il présente des troubles du comportement, et un déficit hémiparétique gauche, progressif, sans déficit sensitif.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent, temporal droit, et l'écho est dévié de 2 mm vers la gauche.

L'artériographie carotidienne droite montre, de face, un engagement veineux de 5 mm et un refoulement de l'artère cérébrale moyenne en dedans. De profil : refoulement en avant de l'ensemble des branches cérébrales moyennes, en faveur d'un processus expansif situé en arrière de la vallée sylvienne.

INTERVENTION (28.3.73) Dr. DERUTY :

Le cortex temporal apparaît bleuté sur plusieurs centimètres, parallèlement à la vallée sylvienne. Incision du cortex à ce niveau, qui permet l'évacuation d'un volumineux hématome intra-temporal, étendu parallèlement à la vallée sylvienne, et relativement postérieur, sus-jacent au ventricule dont il reste séparé. Il n'y a aucun processus tumoral : il semble donc bien s'agir d'un hématome spontané.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (27.2.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (pré-opératoire) extinction importante sur l'oreille gauche, particulièrement pour la répétition des phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	47 %	100 %
	±	33 %	0 %
	o	20 %	0 %
MOTS	+	22,5 %	90 %
	±	45 %	7,5 %
	o	32,5 %	2,5 %
PHRASES	+	10 %	90 %
	±	10 %	0 %
	o	80 %	10 %

BLA... Antoine

53 ans

(Hématome intra-temporal droit spontané)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade, victime d'un polytraumatisme en 1968, est adressé dans le service du Pr. LECUIRE le 23.2.73, car il présente des troubles du comportement, et un déficit hémiparétique gauche, progressif, sans déficit sensitif.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent, temporal droit, et l'écho est dévié de 2 mm vers la gauche.

L'artériographie carotidienne droite montre, de face, un engagement veineux de 5 mm et un refoulement de l'artère cérébrale moyenne en dedans. De profil : refoulement en avant de l'ensemble des branches cérébrales moyennes, en faveur d'un processus expansif situé en arrière de la vallée sylvienne.

INTERVENTION (28.3.73) Dr. DERUTY :

Le cortex temporal apparaît bleuté sur plusieurs centimètres, parallèlement à la vallée sylvienne. Incision du cortex à ce niveau, qui permet l'évacuation d'un volumineux hématome intra-temporal, étendu parallèlement à la vallée sylvienne, et relativement postérieur, sus-jacent au ventricule dont il reste séparé. Il n'y a aucun processus tumoral : il semble donc bien s'agir d'un hématome spontané.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (27.2.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (pré-opératoire) extinction importante sur l'oreille gauche, particulièrement pour la répétition des phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	47 %	100 %
	±	33 %	0 %
	o	20 %	0 %
MOTS	+	22,5 %	90 %
	±	45 %	7,5 %
	o	32,5 %	2,5 %
PHRASES	+	10 %	90 %
	±	10 %	0 %
	o	80 %	10 %

BEL... Robert

60 ans

(Hémiplégie gauche + paralysie faciale droite (1973)
Syndrome spino-thalamique + trouble de l'intégration auditive (1975)).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Ce malade a présenté en décembre 1973, une hémiplégie gauche sensitivo-motrice avec paralysie faciale droite, si l'on en croit l'observation de l'Hôpital Jules Courmont, où il avait alors été admis.

A l'époque, le fond d'oeil, le champ visuel, étaient normaux.

L'E.E.G. objectivait un ralentissement à prédominance temporale postérieure droite.

2° - Le 25 mars 1975, il entre dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT car il présente :

- un syndrome spino-thalamique gauche, (le déficit moteur ayant totalement régressé) avec hyperpathie et hypoesthésie évoluant depuis l'accident neurologique initial. L'examen ne met pas en évidence de déficit du champ visuel ni de syndrome de Claude Bernard Horner.

- des troubles auditifs : le patient se plaint d'une hypoacousie gauche contemporaine de l'accident initial mais surtout, il ne sait plus localiser la provenance des voix de ses interlocuteurs, ne comprend plus rien quand il y a plusieurs personnes dans la même salle, ne supporte plus la musique sauf lorsqu'elle est jouée par un seul instrument. Il ne fréquente donc plus ni l'opéra ni le théâtre.

Par contre, il conserve la faculté de reconnaître la hauteur et le timbre des sons.

- enfin, des troubles de la mémoire immédiate.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil et la campimétrie sont normaux.

L'E.E.G. du 20.5.75 est normal.

La scintigraphie cérébrale (22.4.75) et l'artériographie humérale gauche sont normales.

Examen O.R.L. : audiométrie (4.4.75) confirme que l'audition est tout à fait satisfaisante des deux côtés. Les listes vocales permettent également d'obtenir des réponses tout à fait normales. De même, il n'y a pas de perturbation au test d'intégration avec bruits. A noter que la discrimination des fréquences sonores est très facile chez ce sujet, tant en monauriculaire qu'en binauriculaire (Pr. HAGUENAUER).

Potentiels évoqués somesthésiques (2.5.75) : morphologie normale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (4.4.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : M. B... a un test dichotique normal, pourvu qu'on prenne garde de lui proposer des items droits et gauches à intensité faible. Dès qu'on monte l'intensité, le malade mélange les deux messages. On a donc ainsi un témoignage d'une hyper-sensibilité pour les sons, sur laquelle il insiste d'ailleurs spontanément.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
		:	100 %	:	100 %
		:		:	
CHIFFRES	+	:	0 %	:	0 %
		:		:	
		:	0 %	:	0 %
		:		:	
		:		:	
		:	55 %	:	75 %
		:		:	
MOTS	+	:	15 %	:	2,5 %
		:		:	
		:	30 %	:	22,5 %
		:		:	
		:		:	
		:	20 %	:	90 %
		:		:	
PHRASES	+	:	30 %	:	10 %
		:		:	
		:	50 %	:	0 %
		:		:	
		:		:	

BEL... Yvon

35 ans

(astrocytome rolando-temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Le malade a été opéré pour la première fois en avril 1971 d'un volumineux astrocytome grade I, rolandique droit, évoluant depuis 1964, s'étant manifesté sous la forme d'une comitialité tardive focalisée (crises motrices partielles du membre supérieur droit).

INTERVENTION n° 1 (5.4.71) Pr. FISCHER :

La tumeur affleure au niveau du cortex, s'individualisant par une teinte grisâtre d'une part du cortex frontal, d'autre part de la circonvolution rolandique. Exérèse en bloc d'une tumeur de la taille d'une mandarine.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade I.

2° - Jusqu'en novembre 1974, l'évolution est satisfaisante, le malade ne gardant qu'une discrète hémiparésie gauche et quelques crises comitiales. Puis se constitue un syndrome d'hypertension intracrânienne, associé à des crises sensitives partielles à topographie chéiro-orale gauche. L'examen montre alors un syndrome pariétal de l'hémisphère droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil montre un oedème papillaire bilatéral.

Le champ visuel est normal.

L'E.E.G. montre un ralentissement important de la région centro-pariétale droite et une déviation de l'écho de 3 mm vers la gauche.

La scintigraphie cérébrale témoigne d'un volumineux foyer postérieur droit.

L'artériographie carotidienne droite objective une hypervascularisation anarchique, mal limitée, d'environ 6 cm de diamètre, pariéto-temporale droite.

3° - En raison de la bonne qualité du résultat du traitement symptomatique de l'hypertension intracrânienne, de l'absence d'aggravation du déficit moteur, une nouvelle intervention chirurgicale ne sera pratiquée que beaucoup plus tard, en octobre 1976, au moment de l'apparition d'une hémiplégie sensitivo-motrice.

INTERVENTION n° 2 (5.10.76) Pr. FISCHER :

Volumineuse tumeur dont l'exérèse amène au contact de la paroi ventriculaire et au ras du noyau caudé.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade III.

Le malade est revu en octobre 1976, après traitement antimitotique : il garde une hémiparésie gauche spastique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.5.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : à un moment où l'état de santé est satisfaisant : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.

(CHIFFRES	(+	80 %	100 %
	(±	13 %	0 %
	(0	7 %	0 %

(MOTS	(+	67,5 %	90 %
	(±	7,5 %	2,5 %
	(0	25 %	7,5 %

(PHRASES	(+	40 %	80 %
	(±	20 %	20 %
	(0	40 %	0 %

BES... Louis

73 ans

(Hémianopsie latérale homonyme gauche isolée).

RAPPEL CLINIQUE :

Dans les antécédents de ce malade on note un infarctus du myocarde en 1961. Il constate subitement un trouble du champ visuel, isolé, à type d'hémianopsie latérale homonyme gauche, qui l'amène à être hospitalisé le 14.6.74, dans le service du Pr. DEVIC.

L'examen neurologique n'objective aucun autre signe déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'examen du champ visuel à la coupole confirme l'hémianopsie latérale homonyme gauche.

L'E.E.G. est normal.

La scintigraphie cérébrale (24.6.74) : très nette zone hyperfixante parasagittale droite, se projetant de profil au niveau de la région pariéto-occipitale.

Cet examen, contrôlé le 13.8.74, montre une diminution de l'intensité de la fixation compatible avec l'évolution d'un accident vasculaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (18.6.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : il existe une asymétrie des performances qui ici se fait au détriment de l'oreille droite.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	85 %	52,5 %
	±	10 %	5 %
	o	5 %	42,5 %
PHRASES	+	70 %	50 %
	±	30 %	20 %
	o	0 %	30 %

Observation D37

BIL... Jeanne

50 ans

(Glioblastome + hématome intra-tumoral insulaire droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette femme est hospitalisée le 9.8.73 dans le service du Pr. MANSUY, pour hémiplégie gauche progressive avec désorientation temporo-spatiale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil (10.8.73) : normal.

Champ visuel : impossible à explorer à la coupole.

L'E.E.G. (10.8.73) : ralentissement permanent dans la région temporale droite. Echo dévié vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite (10.8.73) : engagement de 2 cm, artériel et veineux:

- de face : la cérébrale moyenne est globalement abaissée, mais surtout les premières boucles insulaires sont refoulées vers le bas et l'extérieur.

- de profil : les insulaires sont refoulées en bas et en arrière.

INTERVENTION (10.8.73) Dr. SINDOU :

Dès l'inspection du cerveau, on reconnaît la présence d'une tumeur intéressant le cortex lui-même, de siège sus-sylvien et insulaire, s'étendant de la région pré-rolandique à la région du carrefour. Incision corticale pré-rolandique, au-dessus de la vallée sylvienne, qui permet d'évacuer des caillots noirâtres, témoignant de l'hémorragie tumorale et un liquide jaune correspondant à un kyste tumoral. Après cette évacuation, on s'aperçoit que la cavité kystique s'étend jusque dans la région du carrefour, en arrière, en passant au-dessous de la région rolandique.

On réalise une exérèse partielle de la tumeur, qui pousse des prolongements dans la vallée sylvienne.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome monstro-cellulaire.

EVOLUTION :

Persistance de l'hémiplégie gauche.

Décès le 3 mai 1974.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (22.10.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (post-opératoire) extinction importante sur l'oreille gauche, particulièrement pour la répétition des phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	50 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	50 %	0 %
MOTS	+	27,5 %	92,5 %
	-	10 %	5 %
	o	62,5 %	2,5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D38

BON... Henriette

54 ans

(Hématome intra-pariéto-occipital droit).

RAPPEL CLINIQUE :

La malade est hospitalisée le 11.7.74 dans le service du Pr. DEVIC. Elle a déjà présenté un infarctus myocardique antéro-septal et souffre depuis plusieurs semaines de céphalées diffuses à prédominance postérieure, associées à des vomissements.

L'examen n'objective qu'une raideur de la nuque, un discret déficit hémiparétique gauche, sans négligence spatiale, mais surtout, il existe une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. montre des signes de souffrance dans la région pariéto-temporale droite, prenant parfois un aspect irritatif.

La scintigraphie cérébrale témoigne d'un foyer hyperfixant pariéto-temporal droit de 5 cm de diamètre.

L'artériographie carotidienne droite :

- de profil : écartement des branches postérieures de la sylvienne, confirmant la présence d'une lésion expansive.

INTERVENTION (23.7.74) Pr. FISCHER :

Incision au niveau de la jonction pariéto-occipitale droite. Il existe un hématome, surtout développé aux dépens de la circonvolution pariétale qui est refoulée en avant. Evacuation de cet hématome qui affleurerait le cortex.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (18.7.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (pré-opératoire) extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	5 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	95 %	0 %
MOTS	+	10 %	95 %
	+	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	90 %	5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

BRI... Maria

63 ans

(Sarcome frontal droit)

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, cette malade est hospitalisée le 27.11.72 pour des troubles traînant depuis six mois, à type de syndrome frontal d'évolution lentement progressive, suivis de l'apparition d'une hémiparésie gauche avec participation faciale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. : ralentissement fronto-pariéto-temporal antérieur et déviation de l'écho de 5 mm vers la gauche.

Gammaencéphalographie : normale.

Artériographie carotidienne droite : engagement tant artériel que veineux de 1 cm et, de profil, aspect tassé vers le bas de la première boucle des insulaires, faisant évoquer un processus expansif frontal profond.

INTERVENTION (8.12.72) Pr. GOUTELLE :

Lobectomie frontale droite. Dans le plan de la section frontale, on découvre la tumeur qui est volumineuse, parasagittale, allant en arrière, jusqu'au roland.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Sarcome cérébral primitif.

LES SUITES OPERATOIRES :

immédiates sont simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (8.2.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	59,5 %	100 %
	-	27 %	0 %
	o	13,5 %	0 %
MOTS	+	62,5 %	82,5 %
	-	20 %	10 %
	o	17,5 %	7,5 %
PHRASES	+	0 %	70 %
	-	80 %	30 %
	o	20 %	0 %

Observation D40

CAM... Denise

32 ans

(Embolies : oblitération sylvienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

On note dans les antécédents de cette jeune femme, une embolie pulmonaire, dans le post-abortum.

Le 11.7.76, elle présente, brutalement, une hémiplégie gauche, sensitivo-motrice.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal mais l'exploration du champ visuel objective une hémianopsie latérale homonyme gauche.

L'E.E.G. : importante composante lente thêta irrégulière, permanente, au niveau des régions frontale et temporale de l'hémisphère droit.

Artériographie par technique de Seldinger : oblitération d'une branche sylvienne droite, 3 mm après la bifurcation, tandis que sur les temps veineux on observe une bonne reperméabilisation par des anastomoses corticales.

EVOLUTION :

Totalement régressive.

14.9.76 : champ visuel normal

Seul l'E.E.G. confirme la persistance d'un discret ralentissement temporal droit alors que les signes cliniques ont disparu.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

- le 14.9.76 : extinction totale sur l'oreille gauche

- le 17.9.76 : il existe encore une nette asymétrie, contrastant avec la récupération clinique.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
MOTS	+	2,5 %	100 %
	±	5 %	0 %
	o	92,5 %	0 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	70 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	30 %	0 %
MOTS	+	45 %	100 %
	±	32,5 %	0 %
	o	22,5 %	0 %
PHRASES	+	10 %	100 %
	±	20 %	0 %
	o	70 %	0 %

Observation D41

CHA... Henri

61 ans

(Glioblastome temporo-pariétal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Il s'agit d'un gaucher, hospitalisé en septembre 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT.

Il n'a aucun antécédent pathologique.

Depuis le mois de mai :

- il souffre de céphalées temporales droites,
- à deux reprises il a présenté des crises psychomotrices,
- et surtout, sont apparus d'importants troubles du langage :
aphasie surtout d'expression avec perturbation de la lecture et de l'écriture,
sans apraxie constructive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil et le champ visuel sont normaux.

L'E.E.G. : important ralentissement temporel droit. Echo dévié de 4 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation temporel droit, attenante à la base.

Artériographie carotidienne droite : ascension de l'artère sylvienne avec zone avasculaire dans la région du pli courbe.

INTERVENTION (31.10.74) Pr. GOUTELLE :

Découverte d'une volumineuse tumeur charnue qui affleure le cortex et occupe la partie inférieure de la vallée sylvienne pour déborder en arrière et en haut sur la région pariétale.

Exérèse progressive.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome multiforme.

Décès le 14.11.76.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (6.9.74) ;

1° - Il existe essentiellement un léger manque du mot et d'importantes difficultés pour l'écriture, la lecture et le calcul.

2° - TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (pré-opératoire) : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	55 %	85 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	45 %	15 %
	+	12, 5 %	72,5 %
(MOTS	±	12, 5 %	15,5 %
	o	75 %	12,5 %
	+	0 %	50 %
(PHRASES	±	30 %	30 %
	o	70 %	20 %

Observation D42

CHA... Robert

35 ans

(Epilepsie partielle)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé pour la première fois à l'âge de 23 ans dans le service du Pr. GIRARD, pour une épilepsie partielle, apparue à l'âge de 8 ans, caractérisée par des crises assez stéréotypées : absences avec fixité du regard, mâchonnements, émission de propos murmurés ou chantonnés avec déambulation fréquente. Il n'y a jamais eu de convulsions, si ce n'est à l'âge de deux ans.

Les malaises qui durent quelques minutes, se reproduisent très souvent, par salves. Il n'existe aucun antécédent d'épilepsie familiale ni de souffrance néo-natale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil, champ visuel ont toujours été normaux.

Les E.E.G. ont objectivé lors des différents séjours hospitaliers, des anomalies irritatives, temporales droites, n'apparaissant souvent qu'à la stimulation chimique. C'est seulement en septembre 1976, après sevrage thérapeutique, qu'une crise électro-clinique a pu être enregistrée après stimulation : au repos, discrète activité irritative bi-frontale. Après stimulation : clonies du bras gauche, simultanément à une décharge de pointes-ondes débutant en frontal droit, mais s'étendant très rapidement à la région frontale gauche avec alors adversion de la tête vers la droite et généralisation.

Scintigraphie cérébrale : normale.

P.E.G. : discrète distension ventriculaire symétrique, au niveau des cornes frontales et temporales.

Psychométrie : Q.I : 82 (Q.I.V : 80 - Q.I.P. : 86).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal

		O. G.	O. D.
(CHIFFRES	+	100 %	80 %
	±	0 %	0 %
	0	0 %	20 %
(MOTS	+	52,5 %	62,5 %
	±	35 %	27,5 %
	0	12,5 %	10 %
(PHRASES	+	30 %	70 %
	±	40 %	30 %
	0	30 %	0 %

CHA... Colette

39 ans

(Hémiplégie gauche, hémianesthésie gauche, hémianopsie latérale homonyme gauche, négligence du regard à gauche. Thrombose du siphon carotidien droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade avait déjà présenté plusieurs phlébites, mais ne prenait pas de contraceptifs. Le 12.9.75, au matin, apparaît subitement une hémiplégie gauche avec participation faciale. L'examen, à l'entrée met en évidence :

- une hémiplégie gauche massive,
- une hémianesthésie droite,
- une hémianopsie latérale homonyme gauche,
- une négligence du regard pour le champ gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent temporal droit et l'écho est dévié de 3 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite : oblitération quasi complète du siphon carotidien : absence d'imprégnation du réseau sylvien, alors que la cérébrale antérieure n'est imprégnée que discrètement et tardivement.

EVOLUTION :

absence de récupération des signes déficitaires.
comitialité séquellaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	15 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	□	85 %	0 %
	+	2,5 %	97,5 %
MOTS	±	0 %	0 %
	□	97,5 %	2,5 %
	+	0 %	100 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	□	100 %	0 %

Observation D44

CHA... Francis

69 ans

(oligodendrogliome grade II frontal droit : lobectomie frontale, envahissement du corps calleux).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce gaucher diabétique, est hospitalisé le 6.9.75 dans le service du Pr. MANSUY, car il présente des troubles psycho-intellectuels et mnésiques typiques d'un syndrome frontal. L'examen objective une négligence motrice gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. montre un rythme lent, désorganisé au niveau de la région moyenne de l'hémisphère droit et l'écho est dévié de 6 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer hyperfixant frontal antérieur droit, profond.

Artériographie carotidienne droite : processus expansif frontal droit calcifié.

INTERVENTION (15.11.75) Pr. FISCHER :

Grand lambeau frontal droit : le cortex est déplissé, très hémorragique. On entreprend une exérèse tumorale qui s'avère difficile : on décide de faire alors une lobectomie enlevant tout le lobe frontal jusqu'à l'aplomb de la petite aile du sphénoïde. Malgré ce geste large, on voit du tissu tumoral infiltrer la partie antérieure du corps calleux et franchir la ligne médiane sous la faux du cerveau. La corne frontale du ventricule a été ouverte.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Oligodendrogliome de grade II.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples (pas de déficit moteur)

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (11.9.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite (paradoxe).

		Q. G.	Q. D.
(CHIFFRES	+	95 %	55 %
	-	0 %	0 %
	o	5 %	45 %
(MOTS	+	85 %	30 %
	-	0 %	7,5 %
	o	15 %	62,5 %
(PHRASES	+	80 %	10 %
	-	10 %	10 %
	o	10 %	80 %

CHA... Marthe

45 ans

(Hémi-parésie, hémianesthésie, hémianopsie droites séquellaires d'accidents ischémiques itératifs. Ramollissement au niveau du carrefour sensoriel de Wernicke).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Cette femme est hospitalisée pour la première fois en mai 1975, dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT : au décours d'une crise comitiale morphéique, elle présente une hémiparésie brachio-faciale gauche. Il s'agit d'une migraineuse, opérée en 1968 d'une communication inter-auriculaire.

Le bilan neurologique clinique et paraclinique (fond d'oeil, champ visuel, E.E.G., scintigraphie cérébrale, artériographie carotidienne droite) est alors normal.

Seul l'électrocardiogramme objective des ondes P mitrales et le diagnostic d'embolie est retenu. Le déficit moteur disparaît rapidement et la malade quitte le service.

2° - Par la suite, elle fait trois nouveaux accidents déficitaires transitoires, toujours à prédominance brachio-faciale gauche, associés à une extinction sensitive et à une hémianopsie latérale homonyme gauche (mars 1974, décembre 1975, 25 mai 1976).

3° - Elle revient dans le service en septembre 1976. L'examen constate :

- une hémi-parésie gauche, avec force musculaire de niveau 3 et
- une hémianesthésie à tous les modes avec hyperpathie douloureuse et vibratoire, ne respectant pas la face.
- une hémianopsie latérale homonyme gauche relative

et la malade signale :

- une impression de ne percevoir les messages sonores que comme venant de la droite,
- une hypoacousie douloureuse gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil ne montre qu'une choroïdose myopique banale.

E.E.G. : composante lente thêta, temporale droite, permanente.

Potentiels évoqués somesthésiques : réponse paradoxale, avec amplitude plus grande dans la région rolando-pariétale droite.

Artériographie par technique de Seldinger :

- carotide droite : contre-engagement artériel de 5 mm. L'arborisation insulaire est grêle et circule lentement. La veine thalamo-striée est abaissée, traduisant la présence d'un volumineux ventricule latéral droit. De profil, la comparaison avec les films réalisés en 1964 est particulièrement

évocatrice : le système sylvien est grêle et circule très lentement actuellement.

- carotide gauche, vertébrale gauche, sont normales.

Scintigraphie cérébrale : normale

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (8.9.76) :

L'oreille gauche est "comme raide" et "entend moins bien" depuis l'installation du déficit sensitivo-moteur au bras gauche.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille gauche

L'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques n'a pu être réalisé pour des raisons techniques.

Les signes cliniques et la constatation d'une extinction sur l'oreille gauche au test d'écoute dichotique, laissent à penser que la lésion est proche de l'isthme temporal droit.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
MOTS	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	±	0 %	10 %
	o	100 %	0 %

Observation D46

CHA... Hélène

35 ans

(Oligodendrogliome temporal droit - Exérèse).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade entre dans le service du Pr. GIRARD le 22.10.75. Depuis trois ans environ, elle présente des épisodes paroxystiques, très évocateurs d'une épilepsie temporale :

Sur le plan visuel : impression de personnages connus mais non identifiés,

Sur le plan auditif : bourdonnements d'oreille bilatéraux, hallucinations auditives (musique déjà entendue, amplification des bruits).

Sur le plan sensitif: paresthésies fugaces du membre supérieur et du membre inférieur gauches.

Sur le plan moteur : parésie faciale gauche transitoire.

L'examen neurologique est normal à l'entrée dans le service.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

Champ visuel : normal

E.E.G. : discrète composante lente temporale droite au repos. L'hyperpnée fait apparaître une crise électroclinique (région fronto-temporale droite), et l'écho est dévié de 5 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : très discrète hyperfixation temporale droite tardive.

Artériographie carotidienne droite : soulèvement en haut et en avant de la cérébrale moyenne, refoulée en-dedans sur les incidences de face par une lésion peu vascularisée de 4 cm de diamètre environ, très externe. Engagement veineux de 5 mm.

INTERVENTION (7.11.75) Pr. FISCHER :

L'écaille du temporal est fine. Après crâniectomie, on découvre des circonvolutions dépliées, très tendues, de consistance et de couleur différentes du cortex normal, en particulier de celui de la région frontale adjacente. La vallée sylvienne est comblée par un gros lobe temporal droit. Le cortex temporal est infiltré par la tumeur qui paraît dévascularisée.

Exérèse aussi complète que possible de la tumeur qui avait 6 cm de diamètre environ. La face externe de l'insula est respectée. En arrière, on va au ras de la corne temporale du ventricule latéral qui a été ouverte.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Oligodendrogliome grade II.

LES SUITES OPERATOIRES :

apparition d'une quadranopsie supérieure homonyme gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (28.10.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal.

		O. G.	O. D.
(CHIFFRES	+	95 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	0 %
(MOTS	+	82,5 %	95 %
	±	7,5 %	2,5 %
	o	10 %	2,5 %
(PHRASES	+	50 %	80 %
	±	20 %	10 %
	o	30 %	10 %

Observation D47

CHO... Daniel

32 ans

(Hématome intracérébral : microangiome du carrefour droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent, ce malade est hospitalisé en urgence le 23.10.73 dans le service du Pr. DEVIC pour l'apparition brutale d'une hémiplegie gauche avec participation faciale, sensitivo-motrice, avec hémianopsie latérale homonyme gauche relative.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : discrètes anomalies lentes temporales droites. Echo en place.

Artériographie carotidienne droite (23.10.73) : à l'entrecroisement d'une branche péri-callosale et d'une branche postérieure de la cérébrale moyenne se projetant de profil à 2 cm au-dessus de la veine de Galien, apparaît une image artérielle anormale, de type anévrysmal de 3 mm de diamètre. De face, on retrouve l'image arrondie à mi-chemin entre cérébrale antérieure et cérébrale moyenne, associée à un engagement artériel de 1 cm et veineux de 2 cm.

En somme : anévrysme et hématome du carrefour.

INTERVENTION (23.10.73) Dr. SINDOU :

Scalp en regard du carrefour ventriculaire droit. Incision au niveau de la partie postérieure et inférieure de la région pariétale, qui permet d'accéder à 4 cm de profondeur, au pôle externe d'un volumineux hématome de la taille d'une mandarine. Cet hématome est situé à la partie supéro-postéro-externe du carrefour ventriculaire. Après évacuation, on constate qu'il existe au niveau du pôle antéro-inférieur de la cavité une zone hémorragique et un petit peloton vasculaire amarré à la paroi de l'hématome par des vaisseaux qui se dirigent à la région profonde de l'hémisphère. Exérèse en masse de la malformation.

Au voisinage de la pénétration du pédicule dans le parenchyme, se trouve un petit orifice mettant en communication la cavité de l'hématome avec la paroi externe du carrefour ventriculaire.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

angiome.

LES SUITES OPERATOIRES :

simples : régression totale de l'hémiplegie gauche et de l'hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	75 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	25 %	0 %
MOTS	+	65 %	92,5 %
	±	12,5 %	2,5 %
	o	22,5 %	5 %
PHRASES	+	30 %	90 %
	±	10 %	0 %
	o	60 %	10 %

Observation D48

CHO... Félix

64 ans

(Glioblastome du carrefour pariéto-temporo-occipital droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé en janvier 1973 dans le service du Pr. GIRARD pour bilan d'une hémiplégie gauche d'installation progressive, depuis le mois de novembre 1972.

L'examen à l'entrée retrouve une hémiplégie à prédominance brachio-faciale et une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal,

Champ visuel : hémianopsie latérale homonyme gauche.

E.E.G. : anomalies lentes, prenant parfois un aspect de pointes surtout temporales postérieures droites.

Gammagraphie : gros foyer postérieur droit.

Artériographie carotidienne droite : volumineuse lésion temporo-occipitale droite, non imprégnée.

INTERVENTION (30.1.73) Pr. FISCHER :

La tumeur affleure à la corticalité et adhère à la dure-mère. Dissection du pourtour de la lésion qui conduit jusqu'au carrefour ventriculaire. De la surface, on accède à une lésion peu homogène, infiltrant en profondeur toute la paroi du carrefour. Exérèse aussi complète que possible de la tumeur.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome isomorphe.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.7.73, 6 mois après l'intervention).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	20 %	80 %
	-	0 %	5 %
	o	80 %	15 %
MOTS	+	47,5 %	80 %
	-	32,5 %	12 %
	o	20 %	8 %
PHRASES	+	0 %	70 %
	-	0 %	30 %
	o	100 %	0 %

Observation D49

CUS...Louis

61 ans

(Hémiplégie gauche - hémianesthésie gauche - hémianopsie latérale homonyme gauche - apraxie constructive progressives : oblitération carotidienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 8.1.74 dans le service du Pr. DEVIC car chez cet homme qui souffre d'une artériopathie des membres inférieurs, se sont installées de façon progressive, avec extension en "tache d'huile", depuis le mois d'août 1973 :

- une hémiparésie gauche,
- une hémianesthésie gauche,
- une hémianopsie latérale homonyme gauche,
- une apraxie constructive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil montre une atrophie optique droite et des signes d'artériosclérose.

E.E.G. : normal

Scintigraphie cérébrale (16.1.74) : il existe deux zones hyperfixantes, l'une dans la région fronto-temporale droite, l'autre dans la région pariéto-temporale postérieure droite, dont l'aspect évoque une étiologie ischémique.

Artériographie carotidienne droite : obstruction complète de la carotide interne à 2 cm de son origine, sans réinjection d'aval.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (28.2.74)

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche, (particulièrement pour les phrases).

		Q. G.	Q. D.
CHIFFRES	+	35 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	65 %	0 %
MOTS	+	37,5 %	65 %
	-	7,5 %	2,5 %
	o	55 %	32,5 %
PHRASES	+	10 %	70 %
	-	10 %	0 %
	o	80 %	30 %

Observation D50

DAH... Marcel

56 ans

(Tumeur ethmoïdo-orbito-frontale droite (adénocarcinome)).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme est hospitalisé le 10.5.76 dans le service du Pr. DEVIC car depuis deux mois il présente des céphalées frontales et un tableau de détérioration mentale progressive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire ; aspect normal des papilles.

E.E.G. : signes d'obnubilation se traduisant par des ondes lentes diffuses mais aussi foyer d'ondes lentes fronto-temporal droit ; l'écho est dévié de 3 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : volumineux foyer d'hyperfixation situé au niveau de la région frontale droite, débordant la ligne médiane et se projetant juste au-dessus du plancher de l'étage antérieur.

Artériographie carotidienne droite : volumineuse masse expansive avasculaire, frontale.

INTERVENTION (17.5.76) Pr. FISCHER :

Lobectomie frontale large. La tumeur est à 1 cm de profondeur, elle occupe tout le lobe frontal, communique avec la région ethmoïdo-orbitaire, et passe sous la faux du cerveau.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Métastases d'adénocarcinome.

SUITES OPERATOIRES :

simples ; mais sans modification du syndrome frontal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (13.5.76 pré-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	10 %	70 %
	+	0 %	0 %
	o	90 %	30 %
MOTS	+	5 %	37,5 %
	+	12,5 %	25 %
	o	82,5 %	37,5 %
PHRASES	+	0 %	70 %
	+	0 %	10 %
	o	100 %	20 %

Observation D51

DAL... Germaine

39 ans

(Astrocytome Grade I fronto-temporo-insulaire droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette femme est hospitalisée dans le service du Pr. MANSUY en avril 1973 du fait de l'apparition depuis trois mois de crises comitiales:

- soit partielles, avec cacosmies et sensations giratoires
- soit généralisées.

L'examen clinique est normal à l'entrée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux

E.E.G. : ralentissement permanent, très intense de l'activité cérébrale du côté droit, prédominant au niveau de la région temporale. L'écho est dévié de 5 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite :

- de face : engagement artériel de 1 cm et veineux de 0,5 cm avec ouverture de l'angle sylvien et refoulement en-dedans des artères lenticulo-striées.
- de profil : soulèvement global de l'axe sylvien. Il s'agit donc d'une lésion expansive, fronto-temporale.

INTERVENTION (11.5.73) Pr. FISCHER :

Il existe dès l'incision de l'arachnoïde, une zone manifestement tumorale sur la berge supérieure de la vallée sylvienne. Une incision à ce niveau permet de pratiquer une biopsie. On reste alors à l'intérieur de la tumeur et l'on commence à pratiquer une exérèse dont on s'aperçoit rapidement qu'elle va conduire loin en dedans, sous le lobe frontal, au ras de la cérébrale antérieure. Le grand évidement sous-frontal s'effectue sans incident. On se porte alors au niveau de la vallée sylvienne, la tumeur ayant refoulé et partiellement envahi l'insula. On pratique l'exérèse, en avant depuis l'insula jusqu'à la corne frontale du ventricule qui est ouverte. Puis on s'aperçoit qu'il existe au niveau de l'origine de l'artère sylvienne, un passage d'éléments tumoraux autour de la vallée sylvienne, la tumeur se prolongeant directement du lobe frontal vers le lobe temporal où l'on procède à une lobectomie des 2/3 antérieurs. La corne temporale est partiellement ouverte.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade I.

LES SUITES OPERATOIRES :

La malade présente une hémiparésie gauche séquellaire et la comitialité persiste.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (24.5.73 post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche, particulièrement pour les phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	60 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	40 %	0 %
MOTS	+	45 %	92,5 %
	-	5 %	2,5 %
	o	50 %	5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D52

DE C... Raoul

64 ans

- (1 - Hémiparésie brachiale gauche régressive (1974)
- 2 - Ramollissement ischémique pariétal droit (1976)).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendu, insuffisant coronarien, ce malade a présenté en février 1974, et octobre 1975, une parésie brachiale gauche.

A l'entrée dans le service du Pr. DEVIC le 5.4.76, il est noté une séméiologie dominante d'hémiplégie gauche. Très rapidement est apparu un syndrome très curieux de négligence motrice droite ressemblant à ce que l'on observe dans les incoordinations visuo-motrices, avec indistinction droite-gauche, sans acalculie ni agnosie digitale, sans agnosie visuelle. De même, est constatée une détérioration intellectuelle.

L'ensemble est difficile à interpréter.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : papilles nettes ; signes d'athérosclérose.

Champ visuel : impossible à réaliser.

E.E.G. : composante lente pariéto-temporo-occipitale gauche permanente.

Scintigraphie cérébrale : volumineuse plage d'hyperfixation hétérogène pariéto-occipitale gauche.

Etant donné les antécédents du malade, il n'a pas été fait d'angiographie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (14.4.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille gauche.

		O, G,	O, D,
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
MOTS	+	0 %	97,5 %
	±	0 %	2,5 %
	o	100 %	0 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

DEL... Marina

41 ans

(Tumeur du carrefour ventriculaire droit (angiome ou cavernome)
Exérèse : monoplégie brachiale gauche séquellaire).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est hospitalisée le 8.1.73 dans le service du Pr. ALLEGRE
Elle présente depuis peu un syndrome d'hypertension intracrânienne sans signe
de localisation clinique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent sur l'hémisphère droit.

L'écho est dévié de 6 mm vers la gauche.

L'artériographie carotidienne droite objective un processus expansif temporal droit avec soulèvement de la sylvienne et engagement artériel et veineux.

INTERVENTION (12.1.73) Pr. ALLEGRE :

Le cortex est modérément déplissé dans la région temporale postérieure. Incision entre T1 et T2 : à 1 cm de profondeur on a la surprise d'ouvrir la corne temporale du ventricule latéral qui a un volume très augmenté. On trouve alors en arrière et en dedans, au niveau du carrefour ventriculaire, une tumeur charnue, muriforme, de la taille d'une grosse cerise. Son pôle postérieur est en contact avec la partie antérieure de l'angle falco-tentorial.

Exérèse.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Cavernome.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (20.2.73, post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	82,5 %
	±	0 %	7,5 %
	o	100 %	10 %
MOTS	+	2,5 %	82,5 %
	±	5 %	7,5 %
	o	92,5 %	10 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	±	20 %	10 %
	o	80 %	0 %

Observation D54

DEL... Simone

39 ans

(Migraines ophtalmiques - hémianopsie latérale homonyme gauche durable).

RAPPEL CLINIQUE :

Il s'agit d'une migraineuse de longue date, avec antécédents familiaux qui entre dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT pour la première fois en 1967.

Jusque là, les manifestations cliniques se sont toujours déroulées dans le territoire carotidien, avec une fixité particulière du déficit du champ visuel gauche, ainsi que des paresthésies qui étaient toujours gauches, alors que la céphalée migraineuse était à bascule.

Elle est hospitalisée à la suite d'un épisode particulier qui a comporté des sensations vertigineuses, une amaurose transitoire. Au cours de la récupération après un stade de vision maculaire en canon de fusil se révèle une hémianopsie latérale homonyme gauche qui persiste, puisqu'en mai 1976, la campimétrie objective toujours le même déficit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La gammagraphie et l'E.E.G. ont toujours été normaux.

L'artériographie humérale droite (1967) montrait une image de spasme du tronc basilaire non retrouvés en 1972.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (6.5.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	90 %	100 %
	+	0 %	0 %
	o	10 %	0 %
MOTS	+	80 %	97,5 %
	+	10 %	0 %
	o	10 %	2,5 %
PHRASES	+	70 %	100 %
	+	30 %	0 %
	o	0 %	0 %

DES... Geneviève

47 ans

(Embolie de la carotide interne droite d'origine cardiaque).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade porteuse d'une valvulopathie (IM) présente brutalement le 1.2.72 une hémiplégie gauche avec hémianesthésie, sans hémianopsie. L'examen objective une amusie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil et le champ visuel sont normaux

L'E.E.G. montre une importante composante lente permanente, hémisphérique droite, à prédominance fronto-temporale.

L'artériographie carotidienne droite : objective une obstruction d'aspect embolique de la carotide interne, 3 cm au-dessus de la bifurcation.

INTERVENTION Dr. BRUNON :

Embolectomie.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par deux crises comitiales généralisées, mais en janvier 1974, la récupération est importante au niveau du membre inférieur gauche, alors que persiste le déficit du membre supérieur gauche, l'hypoesthésie hémicorporelle gauche avec extinction sensitive et hyperpathie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (11.10.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	80 %	95 %
	±	10 %	0 %
	o	10 %	5 %
MOTS	+	10 %	95 %
	±	7,5 %	0 %
	o	82,5 %	5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

DEV... Régis

47 ans

(Comitialité tardive sensitive à marche jacksonienne.
Astrocytome II, sylvien droit.)

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Ce malade est hospitalisé pour la première fois dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT en avril 1970, pour bilan d'une épilepsie partielle, sensitive, à marche jacksonienne, hémicorporelle droite. Jusqu'en avril 1974, l'examen clinique n'objective qu'un signe de Babinski gauche isolé, le fond d'oeil, l'E.E.G. au repos et sous stimulation, la gammagraphie, ainsi que l'artériographie carotidienne droite ont toujours été normaux.

2° - Malgré le traitement, la comitialité persiste, avec apparition de crises motrices partielles secondairement généralisées.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

E.E.G. : pour la première fois, le tracé montre une activité plus lente, rolandique droite, intermittente.

La scintigraphie cérébrale est normale.

Artériographie carotidienne droite : pas d'engagement mais refoulement en dedans du point sylvien droit et aspect dissocié, en corbeille, des insulaires, témoignant d'une néoformation rolando-insulaire.

INTERVENTION (24.4.74) Pr. LAPRAS :

La tumeur se développe au niveau de l'origine de la vallée sylvienne à la fois sus et sous-sylvienne. On pratique simplement une biopsie à la limite antérieure de la tumeur, dans la région frontale basse postérieure. La lésion est totalement sylvienne et rolandique.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade II - III.

DANS LES SUITES OPERATOIRES :

Le malade présente une apraxie mélokinétique gauche et un signe de Barré au membre inférieur gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (29.4.74: 5 jours après l'intervention) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	70 %	95 %
	+	10 %	0 %
	o	20 %	5 %
MOTS	+	20 %	75 %
	+	55 %	25 %
	o	25 %	0 %
PHRASES	+	0	80 %
	+	40 %	20 %
	o	60 %	0 %

DIM... Patrick

18 ans

(Contusion temporale droite ?)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce jeune homme est admis dans les suites d'un violent traumatisme crânio-cérébral, dans le service du Pr. ALLEGRE.

Après une période de coma ayant duré un mois, persistait une hémiparésie droite spastique, avec à l'E.E.G. un ralentissement temporal droit, sans signe angiographique, révélateur d'un hématome intra-cérébral post-traumatique, et une paralysie faciale centrale gauche. Evolution régressive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche, qui fait poser le problème soit d'une lésion traumatique hémisphérique droite, soit d'une lésion du corps calleux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	20 %	90 %
	±	0 %	0 %
	o	80 %	10 %
	:		
MOTS	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
	:		

DIM... Roger

50 ans

(Glioblastome temporo-occipital droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé en septembre 1974 dans le service du Pr. DEVIC car depuis le mois de juin il a constitué progressivement un syndrome dépressif associé à des troubles mnésiques, puis lentement, à une hémiparésie gauche. L'examen met en évidence des troubles de la sensibilité profonde, une apraxie constructive et une apraxie d'habillage, une hémianopsie latérale homonyme gauche, mais pas de prosopagnosie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : léger flou papillaire droit.

E.E.G. : important ralentissement hémisphérique droit. L'écho est dévié de 6 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation bien délimité, en plein parenchyme, dans la région temporo-occipitale droite.

Artériographie carotidienne droite : engagement veineux de 2 cm, le point sylvien est abaissé ; de profil on note une désorganisation de l'arborisation cérébrale moyenne, prédominant à la partie postérieure, intéressant la quasi-totalité du lobe temporal, avec tassement en avant et en bas des insulaires un aspect tendu des branches postérieures et une zone avasculaire de 8 cm de diamètre. L'aspect est donc celui d'une volumineuse lésion expansive.

INTERVENTION (10.9.74) Dr. DERUTY :

Volumineuse tumeur temporo-occipitale droite. Lobectomie occipitale jusqu'à la faux, en laissant en place le prolongement tumoral filant vers la région temporale profonde.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.11.74 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille gauche.

		Q. G.	Q. D.
CHIFFRES	+	25 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	75 %	0 %
MOTS	+	5 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	95 %	0 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D59

DOP... Georgette

47 ans

(Hématome intra-temporo-occipital droit spontané. Comitialité séquellaire).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette femme présente une cirrhose éthylique décompensée avec hypothyroïdisme, lorsqu'en février 1975, elle fait brutalement, une hémorragie cérébro-méningée avec hémiparésie gauche et troubles de conscience.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne droite faite en urgence objective une lésion expansive siégeant dans la région du carrefour ventriculaire et la malade est admise dans le service du Pr. MANSUY.

INTERVENTION (5.2.75) Dr. SINDOU :

A 1 cm de profondeur, volumineux hématome de la taille d'une mandarine, siégeant en regard du carrefour ventriculaire pariéto-temporo-occipital droit. Evacuation.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par une épilepsie motrice partielle, brachio-faciale droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (5.3.75 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

		Q. G.	Q. D.
CHIFFRES	+	5 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	95 %	0 %
MOTS	+	10 %	90 %
	±	2,5 %	2,5 %
	o	87,5 %	7,5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation D60

DUB... Denise

35 ans

(astrocytome grade II, frontal postérieur droit).

RAPPEL CLINIQUE :

1°-Cette malade entre dans le service du Pr. ALLEGRE le 29.8.74. Depuis un an elle présente des crises comitiales tantôt motrices partielles, tantôt adversives, tantôt généralisées. Jusque là, malgré deux bilans hospitaliers, les examens paracliniques n'avaient rien objectivé.

EXAMENS PARACLINIQUES :

En juillet 1974, apparaît à l'E.E.G. un foyer d'ondes lentes, frontal droit. L'écho est dévié de 6 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite : engagement artériel et veineux ; abaissement des insulaires et existence d'une zone d'hypervascularisation de 5 cm de diamètre, dans la région frontale profonde droite, en situation paramédiane.

Scintigraphie cérébrale normale.

INTERVENTION n° 1 (4.9.74) Pr. GOUTELLE :

Exérèse d'un opercule cortical juste au-dessus de la vallée sylvienne. Découverte en profondeur d'un gliome. Exérèse aussi complète que possible.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade II.

DANS LES SUITES OPERATOIRES :

La comitialité persiste (une crise par semaine environ) et progressivement apparaît un déficit de la main gauche.

2° - En septembre 1975, le bilan paraclinique est pratiquement superposable à celui de 1974, et cette fois la scintigraphie cérébrale montre un foyer arrondi, frontal droit, assez périphérique.

INTERVENTION n° 2 (30.9.75) Pr. GOUTELLE :

Découverte d'une volumineuse "récidive" du gliome opéré un an auparavant, qui envahit maintenant la vallée sylvienne.

SUITES OPERATOIRES : simples

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (3.9.74 : avant la première intervention) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	80 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	20 %	0 %
	+	62,5 %	92,5 %
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
	o	35 %	5 %
	+	20 %	50 %
PHRASES	±	50 %	40 %
	o	30 %	10 %

DUC... Suzanne

50 ans

(Glioblastome temporal droit : lobectomie).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, cette malade est hospitalisée le 5.1.73 dans le service du Pr. DEVIC, après avoir présenté une crise comitiale généralisée. L'examen clinique n'objective qu'une mydriase droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal. Il n'y a pas d'atteinte du champ visuel.

E.E.G. : ralentissement permanent de la région temporale moyenne droite.

Gammagraphie : très discrète fixation temporale droite, tardive.

Artériographie carotidienne droite : petit engagement de la cérébrale antérieure et refoulement en haut de la portion initiale de la sylvienne sur les incidences de face. De profil, on retrouve le soulèvement en avant du groupe des artères issues de la cérébrale moyenne : lésion expansive externe, en arrière de la scissure de Sylvius.

INTERVENTION (16.1.73) Pr. FISCHER :

L'incision du cortex met en évidence une tumeur d'aspect très malin. Dans ces conditions, on décide de pratiquer une lobectomie temporale droite des 2/3 antérieurs. On peut considérer que l'exérèse est allée au ras des vaisseaux sylviens.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome.

EVOLUTION : défavorable

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (6.4.73 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : pratiquement normal.

		:		:	
		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
CHIFFRES	+	:	70 %	:	90 %
	±	:	10 %	:	0 %
	o	:	20 %	:	10 %
		:		:	
MOTS	+	:	80 %	:	90 %
	±	:	10 %	:	5 %
	o	:	10 %	:	5 %
		:		:	
PHRASES±	+	:	60 %	:	90 %
	±	:	40 %	:	0 %
	o	:	0 %	:	10 %
		:		:	

Observation D62

DUC... Frédéric

26 ans

{Comitialité généralisée morphéique. Angiome temporo-occipital droit. Hémianopsie latérale homonyme gauche séquellaire).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce jeune homme est hospitalisé le 27.5.74 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Depuis trois ans, il a présenté à plusieurs reprises des crises comitiales généralisées morphéiques.

A l'entrée, l'examen neurologique est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil et le champ visuel sont normaux.

E.E.G. : au repos le tracé est normal. La stimulation à la Mégimide fait apparaître des anomalies paroxystiques diffuses.

Scintigraphie cérébrale : fixation pathologique, sus-tentorielle latérale droite.

Artériographies :

- carotidienne droite : volumineux angiome temporal postérieur, alimenté par deux branches temporales de la sylvienne.

- humérale gauche : l'angiome est alimenté par des branches temporales de la cérébrale postérieure.

INTERVENTION (14.6.74) Pr. LAPRAS :

L'angiome envahit le cortex temporal moyen. Après pose de clips sur les deux artères nourricières et sur la cérébrale postérieure, juste après la naissance des choroïdiennes postérieures, on pratique une incision progressive du lobe temporal, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, et horizontalement au niveau de T3 environ. Après être arrivé au bord libre de la tente du cervelet, on sectionne le lobe temporal, à la jonction temporo-occipitale. La malformation est enlevée en bloc.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples, le malade ne conservant qu'une hémianopsie latérale homonyme gauche séquellaire et un ralentissement occipital droit à l'E.E.G.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - 26.6.74 (12e jour après l'intervention) ;
extinction importante sur l'oreille gauche.

2 - 3.7.74 (19e jour après l'intervention) ;
retour à la normale.

Il est donc probable que le lobe temporal droit a souffert immédiatement après l'intervention, mais a retrouvé une fonction normale en l'espace de 7 jours.

		O. G.	O. D.
	+	50 %	95 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	50 %	5 %
	+	42,5 %	95 %
(MOTS	±	7,5 %	0 %
	o	55 %	5 %
	+	10 %	100 %
(PHRASES	±	10 %	0 %
	o	80 %	0 %

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	90 %	100 %
(MOTS	±	7,5 %	0 %
	o	2,5 %	0 %
	+	50 %	100 %
(PHRASES	±	40 %	0 %
	o	10 %	0 %

Observation D63

DUM... Yannick

8 ans

(antécédents de traumatismes crâniens - E.E.G. perturbé).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet enfant est hospitalisé dans le service du Pr. SCHOTT en septembre 1975, pour bilan d'un retard scolaire (il est actuellement en C.P.). L'examen neurologique est négatif, mais on note des antécédents de traumatismes crâniens:

- le premier en 1968 : après une chute dans les escaliers, il présente une perte de connaissance de quelques minutes suivie d'une hémiparésie gauche ; la radiographie du crâne montre une fracture pariétale droite ; la ponction lombaire objective alors une hémorragie méningée post-traumatique et l'E.E.G. des anomalies lentes temporales droites. L'hémiparésie va régresser assez vite.

- en 1969, il subit un second traumatisme crânien avec perte de connaissance brève, sans signe neurologique déficitaire.

- il n'a jamais présenté de crise d'épilepsie, mais l'E.E.G. de septembre 1975 révèle des décharges de pointes-ondes irréguliers au niveau de la région temporale moyenne de l'hémisphère droit.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (8.9.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : alors que les items droits sont bien répétés, les items gauches sont répétés sous forme de paraphasies.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une extinction des messages gauches, mais plutôt d'un mauvais décodage, d'où la grande fréquence de réponses paraphasiques.

(		:		:		)
(		:	O. G.	:	O. D.	)
(		:	-----			
(		:		:		)
(		+	27,5 %	:	82,5 %	)
(		:		:		)
(		MOTS	+	65 %	:	17,5 %
(			-	:		)
(			o	7,5 %	:	0 %
(		:		:		)
(		:		:		)

DUM... Marie

65 ans

(Oblitération partielle de la sylvienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est hospitalisée en juin 1975 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT : elle a présenté à plusieurs reprises depuis plus d'un an des épisodes paroxystiques d'hallucinations visuelles surtout dans son champ gauche, accompagnées parfois d'hallucinations auditives.

Le 13.5.75, elle fait, brutalement, une hémiparésie gauche avec participation faciale et paresthésies du pied gauche.

Elle se plaint de son oreille gauche qui lui paraît fonctionnellement moins bonne que la droite, en dépit d'une audiométrie normale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : composante lente temporale droite d'intensité modérée.

Artériographie carotidienne droite : non imprégnation de plusieurs artères insulaires traduisant une oblitération sylvienne partielle. L'état de la malade qui vient de faire une embolie pulmonaire contre-indique une autre exploration angiographique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (11.6.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
		-----	-----
+		15 %	95 %
CHIFFRES†	:	0 %	5 %
o	:	85 %	0 %
		-----	-----
+		5 %	92,5 %
MOTS	+	0 %	7,5 %
	-	:	:
	o	95 %	0 %
		-----	-----
+		0 %	100 %
PHRASES †	+	0 %	0 %
	-	:	:
	o	100 %	0 %
		-----	-----
		:	:

Observation D65

DUR... Louis

68 ans

(Glioblastome rolandique droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme suit un traitement anticoagulant. Il entre le 2.4.74 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT, car il présente un déficit moteur progressif, hémicorporel gauche, accompagné d'une hémianesthésie avec astéréognosie et d'une négligence spatiale gauche. D'autre part, il souffre de crises sensitives partielles gauches, douloureuses, accompagnées de secousses cloniques et d'aversion de la tête.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : l'enregistrement des crises partielles intéresse surtout la région rolandique droite et le vertex. Entre les crises, on note seulement une activité lente, rolandique droite, très localisée, et l'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

Gammagraphie : gros foyer rolandique droit.

Artériographie carotidienne droite : engagement veineux de 5 mm ; abaissement des artères insulaires, avec image en corbeille, hypervascularisée, dans la région de la scissure de Rolando.

INTERVENTION (6.4.74) Dr. BRUNON :

Tumeur rolandique hémorragique, de la taille d'une prune. Exérèse.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome isomorphe.

EVOLUTION : défavorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.4.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : malgré une bonne coopération, les performances sont mauvaises des deux côtés : le patient a du mal à dissocier le double message.

		O. G.	O. D.
		25 %	80 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	75 %	20 %
	+	20 %	22,5 %
MOTS	±	57,5 %	42,5 %
	o	22,5 %	35 %
	+	20 %	40 %
PHRASES	±	40 %	40 %
	o	40 %	20 %

Observation D66

EYK... Christian

23 ans

(Oligodendrogliome temporal droit)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY en novembre 1970 : depuis un an, il souffre de céphalées fronto-temporales et il vient de faire un état de mal comitial généralisé qui a cédé sous traitement habituel. L'examen clinique est alors normal.

EXAMENS PARACLINIQUES -:

Fond d'oeil : normal.

Champ visuel : normal.

Gammaencéphalographie : normale.

Artériographie carotidienne droite : processus expansif avasculaire temporal droit.

INTERVENTION (18.11.70) Pr. FISCHER :

On pratique un enregistrement par électrodes étagées cortico-sous corticales du lobe temporal droit : celui-ci a l'intérêt de montrer qu'en l'absence de tout signe évident de tumeur au niveau du cortex, sont relevées des anomalies au niveau de la pointe du lobe temporal.

Absence de lésion extra-parenchymateuse. Incision au niveau de T1. A un centimètre de profondeur on découvre un tissu tumoral. On pratique une lobectomie enlevant la pointe du lobe temporal et s'arrêtant 5 cm en arrière.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Oligodendrogliome infiltrant.

DANS LES SUITES OPERATOIRES (jusqu'en mai 1976) :

Fréquentes crises comitiales, jusqu'à 10 fois par jour, à type :

- soit d'hémiparesthésies gauches,
- soit de crises temporales avec douleurs épigastriques, hypersudation, mauvais goût dans la bouche sans suspension de conscience.

Tout le bilan confirme la poursuite de l'évolution tumorale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (18.11.74 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal, malgré la lobectomie temporale droite.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %

MOTS	+	90 %	95 %
	±	5 %	5 %
	o	5 %	0 %

PHRASES	+	60 %	90 %
	±	40 %	10 %
	o	0 %	0 %

Observation D67

FAY... Madelaine

32 ans

(Astrocytome intra-ventriculaire droit).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Cette malade souffre depuis 7 ans d'épisodes céphalalgiques pour lesquels le diagnostic de migraines a été proposé lorsqu'en mars 1973 elle présente brutalement, des vomissements incoherents, suivis de troubles de conscience. Elle est hospitalisée dans le service du Pr. MANSUY où l'on constate l'existence d'un déficit brachio-facial gauche, qui va vite régresser, et d'une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La ponction lombaire ramène un liquide hémorragique. Le diagnostic d'hémorragie méningée est d'abord porté.

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : montre des troubles de la vigilance, sans signe de localisation, mais l'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite : n'objective aucune malformation vasculaire, mais un engagement artériel de 4 mm, sans engagement veineux et un déroulement de la péricalleuse.

Artériographie humérale gauche : normale.

2° - Au début du mois d'avril, l'état de conscience de la malade est normal. Ne subsiste que l'hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. : ralentissement temporal droit.

Gammagraphie : foyer gauche très discret.

L'hémorragie méningée, les signes cliniques bilatéraux, le déroulement de la péricalleuse font alors évoquer le diagnostic de tumeur intra-ventriculaire qui est confirmé par la P.E.G.

P.E.G.:

- les coupes de la fosse cérébrale postérieure montrent un abaissement très important de la partie postérieure du IIIe ventricule avec occlusion de l'aqueduc et amputation de la citerne interpedunculaire.

- les coupes de face montrent dès l'arrivée au niveau du foramen, un déplacement vers la gauche de la partie postérieure du IIIe ventricule. D'autre part, seul le ventricule gauche est opacifié.

- sur les clichés pratiqués en décubitus dorsal, seul le ventricule latéral gauche est injecté et on note un déplacement vers la gauche de la partie antérieure du IIIe ventricule, de la paroi interne du ventricule latéral gauche qui est le siège d'une volumineuse empreinte lésionnelle.

En somme : lésion expansive du côté droit, à proximité du trou de Monro, intraventriculaire.

INTERVENTION (22.5.73) Pr. FISCHER :

Lambeau frontal droit. Courte incision parasagittale qui conduit sans incident jusqu'au ventricule latéral dont la corne frontale est relativement dilatée. Après évacuation du liquide céphalorachidien on voit une tumeur bombant dans le ventricule, bien limitée, l'occupant en grande partie. Dans ces conditions on décide de pratiquer une lobectomie frontale droite. Dissection de la tumeur. Il existe à la face inférieure de la tumeur, un plan de clivage net entre elle et le plancher ventriculaire. On isole ainsi tout le trajet de la veine thalamostriée puis les piliers antérieurs du trigone que la tumeur contourne avant de plonger dans le trou de Monro. Exérèse complète.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade I.

SUITES OPERATOIRES :

Simple, persistance de l'hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (7.6.73 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : pratiquement normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	90 %	90 %
	±	10 %	0 %
	o	0 %	10 %
MOTS	+	77,5 %	87, 5 %
	±	5 %	5 %
	o	17,5 %	7,5 %
PHRASES	+	50 %	70 %
	±	30 %	30 %
	o	20 %	0 %

FER... Emmanuel

63 ans

- (1° - Sténose carotidienne droite + hémiplégie gauche : 1971
2° - Glioblastome frontal postérieur droit.)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC :

1° } en Mars 1971 : il avait présenté une hémiplégie gauche à début ictial. L'artériographie faite à Chambéry montrait une plaque athéromateuse au niveau de la carotide primitive droite. Le malade a donc subi une endartériectomie ; après 10 jours d'évolution, les troubles moteurs avaient totalement disparu.

2° - 6 mois plus tard débute une épilepsie sensitivo-motrice partielle, hémicorporelle gauche, avec deux crises par mois, sans perte de connaissance. Progressivement cette fois, se réinstalle une hémiplégie gauche.

3° - En novembre 1972, apparaissent des crises comitiales généralisées dans le cadre d'un syndrome d'hypertension intracrânienne ce qui justifie son admission à l'Hôpital Neurologique.

L'examen objective une hémiplégie gauche à prédominance brachiale sensitivo-motrice, une négligence spatiale gauche, une apraxie constructive, une pleurer spasmodique, des troubles sphinctériens, un signe de Babinski bilatéral. sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes permanentes frontales droites, et l'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

Artériographie humérale droite : ne montre qu'une oblitération totale de la carotide interne au cou.

Artériographie carotidienne gauche :

- de face : contre-engagement artériel de 1/2 cm et refoulement très net des lenticulo-striées en dedans.

- de profil : déroulement de la péricalleuse.

Mais la scintigraphie cérébrale montre une hyperfixation temporo-pariétale droite, l'indication opératoire est posée.

INTERVENTION (29.12.72) Pr. GOUTELLE :

- oedème cérébral et ramollissement sylvien au-dessus de la vallée sylvienne droite.

- dans la région frontale postérieure droite, on découvre un volumineux gliome qui affleure le cortex et détruit la partie postérieure du lobe frontal. Exérèse aussi complète que possible.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade II.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	60 %	100 %
	-	20 %	0 %
	o	20 %	0 %
MOTS	+	4 %	72 %
	-	6 %	8 %
	o	90 %	20 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	-	10 %	0 %
	o	90 %	10 %

(Lobectomie temporale gauche pour cryptococquose).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 30.11.73 dans le service du Pr. ALLEGRE. Il s'agit d'un diabétique adressé par le service du Dr. GARDE où il vient de faire un séjour motivé par l'apparition de violentes céphalées temporales droites, des nausées avec à l'examen hémiparésie gauche intéressant la face.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un foyer d'ondes lentes, pariéto-temporal droit.

La scintigraphie cérébrale confirme la présence d'un foyer hyperfixant dans le même territoire.

Artériographie carotidienne droite : refoulement en avant des artères insulaires sans engagement artériel ou veineux.

INTERVENTION (3.12.73) Pr. GOUTELLE :

Lobectomie temporale droite motivée par la découverte d'un tissu d'aspect tumoral temporo-insulaire.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Montre qu'il s'agit en fait d'une cryptococquose.

LES SUITES OPERATOIRES :

Elles sont troublées par une hémiplégie gauche qui régresse totalement ultérieurement.

Le malade est revu deux ans plus tard pour une névralgie faciale droite. Il n'y a aucun déficit moteur et le champ visuel est normal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (14.12.73 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	95 %
	-	0 %	5 %
	o	100 %	0 %
MOTS	+	12,5 %	80 %
	-	5 %	12,5 %
	o	82,5 %	7,5 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	-	0 %	10 %
	o	100 %	0 %

GER... Marie-Etienne

70 ans

(Sténose carotidienne droite puis syndrome pariétal de l'hémisphère droit).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est admise une première fois dans le service du Pr. SCHOTT en juillet 1976, présentant une artérite des membres inférieurs, elle entre pour bilan de troubles visuels qui sont en fait liés à une hémianopsie latérale homonyme gauche, en quadrant inférieur. L'examen clinique objective un souffle carotidien droit et l'ophtalmodynamométrie montre une asymétrie qui confirme le diagnostic de sténose carotidienne droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : foyer d'ondes lentes intermittentes, temporales gauches.

2° - Elle est réhospitalisée quelques temps plus tard (octobre 1976) et présente alors un syndrome pariétal schématique touchant l'hémicorps gauche où existent un trouble massif du schéma corporel, une hypotonie, une main instable ataxique, une hypoesthésie sans astéréognosie.

L'examen objective en outre un trouble de l'intégration spatiale et une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : ralentissement permanent de toute la région temporale droite aggravé par rapport à l'enregistrement précédent.

EVOLUTION :

En janvier 1977 : il existe une nette amélioration clinique. L'E.E.G. s'est normalisé, le champ visuel montre le retour à une quadrantanopsie latérale homonyme inférieure gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (22.10.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : la patiente se plaint d'un sentiment de baisse de l'acuité auditive de l'oreille gauche, alors que l'audiométrie est normale.

Il existe une extinction totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	0 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
	+	7,5 %	87,5 %
MOTS	+	7,5 %	2,5 %
	o	85 %	0 %
	+	0 %	100 %
PHRASES	+	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

GDE... Marie-Louise

56 ans

(Méningiome petite aile du sphénoïde droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est hospitalisée en septembre 1973 dans le service du Pr. DEVIC : elle présente en effet un syndrome de l'apex orbitaire droit, installé progressivement depuis trois ans. Le diagnostic de méningiome de la petite aile du sphénoïde droit a été porté cliniquement, devant la symptomatologie et l'existence d'anomalies osseuses sur les radiographies.

L'E.E.G. ayant objectivé des ondes lentes pré-frontales droites, la malade est confiée au Pr. FISCHER.

INTERVENTION (28.9.73) :

Exérèse du méningiome nécessitant également une exérèse parenchymateuse au niveau de la face inférieure du lobe frontal et de l'extrémité de la pointe du lobe temporal.

SUITES OPERATOIRES : simples

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (12.10.73 : post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	85 %	95 %
CHIFFRES	±	0 %	5 %
	o	15 %	0 %
	+	12,5 %	75 %
MOTS	±	42,5 %	5 %
	o	45 %	20 %
	+	10 %	90 %
PHRASES	±	40 %	10 %
	o	50 %	0 %

Observation D72

GOU... Marcelle

46 ans

(Hémorragie cérébro-méningée - carrefour droit)

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée le 1.11.72 dans le service du Pr. DEVIC : il s'agit d'une hypertendue qui présente un tableau d'hémorragie cérébro-méningée.

L'examen clinique met en évidence :

- une hémiplégie gauche massive, avec participation faciale.
- une hémianesthésie gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : rétinopathie hypertensive.

E.E.G. : anomalies lentes fronto-temporales droites et l'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite :

- de face : engagement artériel de 5 mm.
- de profil : refoulement en avant et en haut du groupe des branches cérébrales moyennes, et présence d'une zone avasculaire dans la région du carrefour.

Scintigraphie cérébrale : foyer temporal droit profond.

L'EVOLUTION ultérieure fait apparaître un syndrome thalamique avec hyperpathie hémicorporelle droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (22.11.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction certaine sur l'oreille gauche, mais moins importante que la clinique et les données des examens complémentaires ne le laissaient supposer.

		O. G.	O. D.
+		100 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		50 %	90 %
MOTS	+	25 %	0 %
	-	25 %	10 %
	o		
+		20 %	100 %
PHRASES	+	10 %	0 %
	-	70 %	0 %
	o		

Observation D73

GRA... Blanche

56 ans

(Hémiplégie gauche ; syndrome d'Anton-Babinski, Oblitération de la sylvienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est admise le 14.4.74 dans le service du Pr. DEVIC : elle présente une hémiplégie gauche totale avec troubles sensitifs et syndrome d'Anton-Babinski, une négligence spatiale gauche et semble-t-il une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : important ralentissement hémisphérique droit, à prédominance temporale.

Scintigraphie cérébrale non pratiquée.

Artériographie carotidienne droite : thrombose pratiquement complète de l'artère sylvienne à son origine, et revascularisation tardive par des anastomoses, de quelques branches corticales distales.

Le 23.4.74 apparaissent des signes électrocliniques de nécrose myocardique.

Le 29.4.74 : scène d'embolie pulmonaire, nécessitant une héparinothérapie qui doit être interrompue devant l'indication de laparoscopie, posée en raison de la découverte d'une hépatomégalie tumorale.

Ultérieurement, la patiente présente une hémiplégie droite et décède rapidement.

VERIFICATION ANATOMIQUE (11.5.74) Pr. M. TOMMASI :

Encéphale : Extérieurement ramollissement sylvien postérieur droit intéressant le lobe pariétal. Volumineux hématome sous-sylvien gauche affleurant au cortex.

Coupes vertico-frontales : importantes lésions vasculaires d'âges différents dans les deux hémisphères :

a) hémisphère droit : ramollissement ancien de la partie postérieure du territoire sylvien, intéressant la partie postérieure de l'insula et le cortex pariéto-occipital externe.

b) hémisphère gauche : énorme ramollissement hémorragique sylvien gauche sub-total, récent, s'ouvrant dans le ventricule latéral.

- cicatrice de ramollissement beaucoup plus ancien rétractile, plus superficiel dans la région pariéto-occipitale externe.

tronc cérébral et cervelet : inondation sanglante du IVe ventricule sans autre lésion.

Viscères : infarctissement myocardique, pulmonaire, splénique, rénal.

Carcinome hépatique et métastases ganglionnaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (2.5.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	10 %	70 %
	±	10 %	10 %
	o	80 %	20 %
MOTS	+	5 %	67,5 %
	±	37,5 %	22,5 %
	o	57,5 %	10 %
PHRASES	+	0 %	70 %
	±	20 %	30 %
	o	80 %	0 %

Observation D74

GRA... Michèle

28 ans

(astrocytome frontal droit profond).

RAPPEL CLINIQUE :

sans antécédent pathologique, cette malade vient de présenter une crise comitiale généralisée qui motive son admission dans le service du Pr. MANSUY. L'examen clinique est normal à l'entrée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : foyer d'ondes lentes permanentes, fronto-temporal antérieur droit.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne droite : image de masse expansive hypervasculaire profonde, en projection frontale postérieure, d'environ 4 cm de diamètre. Engagement artériel de 1,5 cm. Pas d'engagement veineux.

INTERVENTION (3.5.76) Dr. BRUNON :

Incision corticale horizontale 5 cm en arrière du pôle frontal, permettant d'accéder à 4 cm de profondeur en direction de la tête du noyau caudé à un gliome. La tumeur est profonde, mal limitée occupant la partie inféro-interne du lobe frontal et envahit la tête du noyau caudé et la partie antérieure du corps calleux : lobectomie pré-frontale.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade I.

SUITES OPERATOIRES : simples

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (13.5.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	80 %	100 %
	+	0 %	0 %
	o	20 %	0 %
MOTS	+	52,5 %	67,5 %
	+	27,5 %	25 %
	o	20 %	7,5 %
PHRASES	+	60 %	90 %
	+	40 %	10 %
	o	0 %	0 %

Observation D75

GRA... Trinité

(Troubles caractériels post-traumatiques. Pointes centro-temporales droites à l'E.E.G.).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée à l'âge de 18 ans dans le service du Pr. MANSUY en mars 1972, après un violent traumatisme crânien. Le coma dure alors 35 jours, mais l'E.E.G. ne montre aucune anomalie focalisée.

En septembre 1974, elle est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC : il n'y a pas eu de crise comitiale, mais l'E.E.G. objective pour la première fois des pointes centro-temporales droites et cette jeune fille présente de gros troubles caractériels.

La psychométrie est à la limite de la débilité (QI = 83).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (15.11.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction sur l'oreille gauche, modérée pour les mots, importante pour les phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	90 %	70 %
	-	0 %	0 %
	o	10 %	30 %
MOTS	+	67,5 %	90 %
	-	2,5 %	2,5 %
	o	30 %	7,5 %
PHRASES	+	10 %	100 %
	-	10 %	0 %
	o	80 %	0 %

Observation D76

GUE... Pierre

22 ans

(astrocytome kystique temporal droit, grade III).

RAPPEL CLINIQUE :

1° -Ce malade est hospitalisé pour la première fois le 4.6.72 dans le service du Pr. MANSUY pour un syndrome d'hypertension intra-crânienne avec oedème papillaire et paralysie partielle du III droit.

L'examen clinique objective une hémiparésie gauche sensitivo-motrice et une quadranopsie latérale homonyme supérieure gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Tous les examens confirment l'existence d'une volumineuse tumeur temporale droite.

INTERVENTION n° 1 (6.1.72) Pr. FISCHER :

L'incision à la portion supérieure du lobe temporal droit permet d'évacuer un kyste dont l'ouverture large objective en profondeur une tumeur murale. On pratique alors une lobectomie des 2/3 antérieurs du lobe temporal. Dès lors, l'accès à la tumeur est plus aisé : dissection de proche en proche grâce à un plan de clivage au-dessus et en dedans de la corne temporale du ventricule. La tumeur appuie directement sur le nerf moteur oculaire commun.

Exérèse macroscopiquement complète.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytode grade III.

LES SUITES OPERATOIRES immédiates sont simples, avec seulement persistance de l'hémiparésie gauche.

2° - En juillet 1973, réapparaît un syndrome d'hypertension intra-crânienne.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : montre un ralentissement permanent, fronto-central droit.

L'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

La scintigraphie cérébrale objective un foyer temporal droit profond.

INTERVENTION n° 2 (8.7.73) Pr. FISCHER :

Au niveau du pli de passage fronto-temporal, il existe d'importants remaniements corticaux, que l'on résèque. A quelques centimètres de profondeur, on tombe sur un foyer de ramollissement qui est traversé par les branches de la bifurcation sylvienne. Sous cette zone, on découvre alors la tumeur qui a l'aspect d'une grosse masse rougeâtre arrondie, ferme et très vascularisée, d'environ 5 cm de diamètre, occupant toute la partie profonde du lobe temporal ; elle est située juste en arrière du tronc de la sylvienne à laquelle elle adhère.

Ses limites sont les suivantes :

- en avant : le tronc de la sylvienne,
- en dedans : la tumeur se poursuit jusqu'aux citernes de la base.
- en arrière : la tumeur a des rapports avec la capsule interne et les noyaux gris centraux.

DANS LES SUITES OPERATOIRES : apparaissent une hémiplégie gauche, et une hémianopsie latérale homonyme gauche.

L'EVOLUTION se fait dans les conditions habituelles : après une nouvelle récurrence en janvier 1974, ayant bien réagi à l'immunothérapie et à la cobaltothérapie, le malade est réhospitalisé en décembre 1974, dans un état sub-comateux avec hémiplégie gauche sensitivo-motrice, hémianopsie latérale homonyme gauche et syndrome de Parinaud.

Le décès survient en janvier 1975.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1° - 26.1.73 : après la lobectomie des 2/3 du lobe temporal droit. Il existe déjà une extinction sur l'oreille gauche.

2° - Elle devient importante le 19.9.74, traduisant une extension postérieure de la tumeur temporale, confirmée par l'évolution clinique ultérieure.

n° 1

		O. G.	O. D.
	+	95 %	100 %
CHIFFRES	+	5 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	57,5 %	82,5 %
MOTS	+	22,5 %	17,5 %
	o	20 %	0 %
	+	70 %	70 %
PHRASES	+	10 %	0 %
	o	20 %	30 %

n° 2

		O. G.	O. D.
	+	95 %	100 %
CHIFFRES	+	5 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	20 %	100 %
MOTS	+	35 %	0 %
	o	45 %	0 %
	+	30 %	90 %
PHRASES	+	20 %	10 %
	o	50 %	0 %

GUI... Georges

60 ans

(antécédents de traumatismes crâniens ayant nécessité deux interventions neuro-chirurgicales (1948 et 1968) , atrophie cérébrale ?).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 19.8.74 dans le service du Pr. DEVIC.
Il a un riche passé neurologique :

- 1948 : évacuation d'un hématome intra-crânien droit après un grave traumatisme, laissant comme séquelles des troubles du caractère et une comitialité.

- 1968 : intervention pour abcès intra-frontal droit.

Depuis deux mois environ, il présente :

- un syndrome confusionnel,
- un déficit moteur crural droit.

L'examen clinique à l'entrée met en évidence :

- une bradypsychie et un syndrome confusionnel,
- une discrète parésie crurale droite avec signe de Babinski droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire banale.

Champ visuel : hémianopsie latérale homonyme gauche.

E.E.G. : signes d'obnubilation avec foyer d'ondes lentes, temporal droit, et parfois bouffées de pointes-ondes de même topographie.

Psychométrie : détérioration de 40 %.

Artériographie carotidienne gauche :

- lésions d'athérome de la carotide interne au cou.
- de profil : cérébrale antérieure et sylvienne sont en place. Il existe une pauvreté vasculaire dans le territoire pariéto-rolandique où les branches distales n'atteignent pas la voûte.
- de face : pas d'engagement artériel ou veineux, les deux veines thalamostriées sont abaissées.

L'examen est donc en faveur d'une atrophie corticale et sous-corticale avec lésions artéritiques (21.8.74).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.3.74) : extinction totale
sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	5 %	100 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	95 %	0 %
	+	0 %	95 %
(MOTS	±	5 %	5 %
	o	95 %	0 %
	+	0 %	100 %
(PHRASES	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

HU.Y. . . . Yvan

40 ans

(Astrocytome grade I - II frontal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Ce malade est admis en décembre 1972 dans le service du Pr. DEVIC : après développement d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne, il a subi une lobectomie frontale droite en 1970, car les examens avaient montré qu'il était porteur d'une volumineuse tumeur qui s'est avérée être un astrocytome grade I - II.

En septembre 1972, après une succession de crises comitiales généralisées, l'artériographie carotidienne droite ayant révélé une récurrence in situ, le patient est opéré une seconde fois.

Les suites sont alors troublées par une hémiparésie gauche et une méningite purulente, qui régressent rapidement.

2° - En février 1976 : après un intervalle libre prolongé, le patient présente une nouvelle crise comitiale, revêtant cette fois l'aspect d'une crise de l'aire motrice supplémentaire.

La scintigraphie cérébrale montre alors un net foyer rolandique droit, intra-parenchymateux.

Une troisième intervention est pratiquée (Pr. ALLEGRE) : dans la cavité de lobectomie frontale, existe une récidive affectant une forme en croissant, à concavité antérieure, longue de 6 cm dans le sens vertical, de 3 cm dans le sens transversal. Exérèse.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.9.73) : normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	100 %	97,5 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	2,5 %
PHRASES	+	90 %	90 %
	-	10 %	10 %
	o	0 %	0 %

Observation D79

LAR... Yvonne

40 ans

(Sarcome frontal droit envahissant le corps calleux).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est hospitalisée en août 1974 dans le service du Pr. ALLEGRE. En mai 1974, elle avait été opérée à Bastia d'une tumeur frontale droite que l'on pensait être un glioblastome envahissant le corps calleux. Elle présente alors une hémiplégie gauche avec participation faciale, et une gêne motrice de la main droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire bilatéral.

Scintigraphie cérébrale : zone d'hyperfixation très étendue au niveau de la région frontale droite, empiétant au niveau pariétal et traversant la ligne médiane.

Artériographie carotidienne droite :

- de profil : bonne opacification du réseau sylvien qui est légèrement basculé vers l'arrière. Il existe une zone hypervasculaire avec dissociation des branches fronto-polaire et calloso-marginale.

- de face : engagement artériel de 1,5 cm et confirmation de la dissociation artérielle. Il existe en somme une récidive in situ.

INTERVENTION (Pr. GOUTELLE):

Enorme récidive de la taille d'une mandarine qui occupe tout le lobe frontal et envahit en profondeur le corps calleux, le ventricule latéral et la tête du noyau caudé.

Exérèse de la partie intra-frontale de la tumeur. Il n'est pas possible d'enlever l'implantation sur le corps calleux ni sur la tête du noyau caudé.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Sarcome polymorphe.

Décès le 4 décembre 1974.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (pré-opératoire) : extinction modérée sur l'oreille gauche, sauf pour les phrases où elle est importante.

Il est probable qu'il s'agisse d'une atteinte calleuse.

		O. G.	O. D.
+		85 %	95 %
CHIFFRES ±		0 %	0 %
o		15 %	5 %
+		52,5 %	92,5 %
MOTS	+	0 %	0 %
	-		
	o	47,5 %	7,5 %
+		0 %	70 %
PHRASES	+	20 %	30 %
	-		
	o	80 %	0 %

Observation D80

LAU... Josiane

27 ans

(Epilepsie temporale. Astrocytome grade I temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette jeune femme est admise le 4.5.74 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT, car depuis 1971 elle présente de brefs malaises tout à fait typiques d'une épilepsie temporale commençant par une impression bizarre de "déjà vu" puis une sensation de chaleur qui monte des pieds à la tête avec angoisse et enfin hallucination olfactive.

Alors que deux électroencéphalogrammes (1972 et 1973) avaient été normaux, celui du 4.5.74 montre des anomalies temporales antérieures droites et l'écho est dévié de 5 mm vers la gauche.

L'examen clinique est normal :

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil, champ visuel, et scintigraphie cérébrale : normaux

Artériographie carotidienne droite :

- de face : engagement artériel de 5 mm et engagement veineux de 1 cm. La cérébrale moyenne est refoulée en dedans et en avant dès son origine. Les artères thalamostriées sont aussi refoulées vers la ligne médiane.

- de profil : refoulement en haut et en avant pratiquement sur le plan de la cérébrale antérieure, de l'arborisation cérébrale moyenne.

Il s'agit donc d'une volumineuse lésion expansive siégeant en arrière de la vallée sylvienne.

INTERVENTION (14.5.74) Pr. GOUTELLE :

Volumineuse tumeur pleine, charnue, occupant toute la fosse temporale : lobectomie allant jusqu'à la vallée sylvienne et en profondeur jusqu'à la région insulaire.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade I.

SUITES OPERATOIRES : simples

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.5.74 pré-opératoire) : normal

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	80 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	20 %
MOTS	+	92,5 %	90 %
	±	2,5 %	5 %
	o	5 %	5 %
PHRASES	+	70 %	100 %
	±	20 %	0 %
	o	10 %	0 %

Observation D81

LAN... Lucienne

37 ans

(Méningiome de la fosse temporale droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade entre le 9.5.74 dans le service du Pr. MANSUY : au début de sa grossesse en juillet 1973, elle a fait une première crise comitiale généralisée, mais le bilan s'est avéré alors négatif.

Au moment de l'accouchement, survient subitement une poussée hypertensive avec vomissements, céphalées, puis la patiente fait une crise éclamptiforme. L'E.E.G. montre alors une importante composante lente temporale antérieure droite et l'écho est dévié vers la gauche.

A postériori, l'interrogatoire retrouve plusieurs épisodes paroxystiques d'hallucinations auditives élémentaires avec sensations de modification des sons et angoisse, très évocateurs d'une épilepsie temporale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux

Artériographie carotidienne droite :

- de face : engagement de 1 cm de la cérébrale antérieure ; l'angle sylvien est fermé, et on voit apparaître tardivement une opacité arrondie alimentée par des branches de la carotide externe et interne, se projetant au-dessus de l'orbite et du rocher.

- de profil : la sylvienne est surélevée et on retrouve l'opacité tumorale qui se projette au-dessus du rocher.

L'examen permet donc de porter le diagnostic de méningiome temporal droit.

Artériographie humérale gauche : abaissement de la cérébrale postérieure droite.

INTERVENTION (17.5.74) Dr. SINDOU :

Volet temporal postérieur, au ras de la base. L'os est le siège d'une hyperostose sus et rétro-auriculaire. Il existe une masse de la taille d'une grosse prune dans la région sus-mastoïdienne : le méningiome est niché dans l'angle formé par l'écaille temporale et l'arête supérieure du rocher et son insertion se situe au niveau de la dure-mère de cette région. Exérèse complète après clivage du lobe temporal qui apparaît alors ramolli au niveau du lit tumoral.

EVOLUTION :

Suites opératoires très simples. Deux ans plus tard, l'E.E.G. est normal, mais la malade présente encore quelques crises temporales à séméiologie complexe, débutant souvent par une impression de vacarme dans l'oreille gauche ou par des cacosmies et comportant parfois des phénomènes toniques du membre supérieur droit.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.5.74 préopératoire) :
extinction modérée sauf pour les phrases où elle est importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	85 %	85 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	15 %	15 %
	+	50 %	80 %
MOTS	+	20 %	17,5 %
	o	30 %	2,5 %
	+	0 %	60 %
PHRASES	+	50 %	40 %
	o	50 %	0 %

Observation D82

LED... Germain

43 ans

(Astrocytome temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Gaucher hospitalisé le 2.1.74 dans le service du Pr. ALLEGRE à la suite de deux crises comitiales généralisées ; l'interrogatoire retrouve, depuis deux ans, des sensations vertigineuses paroxystiques, une hyposmie droite. L'examen clinique n'objective aucun signe déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : foyer d'ondes lentes fronto-temporal droit et écho dévié de 4 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale normale.

Artériographie carotidienne droite : permet d'affirmer l'existence d'un processus expansif temporal.

INTERVENTION (4.1.74) Pr. GOUTELLE :

Enorme tumeur charnue, occupant tout le lobe temporal droit : lobectomie temporale droite.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome Grade I très infiltrant.

LES SUITES OPERATOIRES sont troublées par une hémiparésie gauche et des troubles phasiques.

En octobre 1975, le patient fait une poussée d'hypertension intra-crânienne avec oedème papillaire bilatéral. Il est à nouveau hospitalisé. En plus des troubles séquellaires de la première intervention, on constate l'existence d'une quadranopsie latérale homonyme supérieure gauche et une extinction sensitive au niveau du membre supérieur droit, faisant craindre une récurrence pariéto-temporale postérieure, confirmée par les données de l'E.E.G., de la scintigraphie cérébrale et de l'artériographie carotidienne droite.

Une seconde INTERVENTION d'exérèse est pratiquée.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade III.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (12.2.74, après la première intervention):
extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.

	+	85 %	100 %
(CHIFFRES	±	10 %	0 %
	o	5 %	0 %

	+	35 %	75 %
(MOTS	±	12,5 %	17,5 %
	o	52,5 %	7,5 %

	+	20 %	90 %
(PHRASES	±	20 %	0 %
	o	60 %	10 %

Observation D83

LEP... Alain

29 ans

(Embolie carotidienne supraclinoïdienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce jeune homme est hospitalisé le 21.4.74 dans le service du Pr. MANSUY à la suite d'une hémiplégie gauche brutale, sensitivo-motrice, survenue sur un terrain d'hypertriglycémie.

L'artériographie carotidienne droite faite en urgence montre une oblitération de la carotide interne supra-clinoïdienne au-dessus de l'artère ophtalmique et de l'artère choroïdienne antérieure.

INTERVENTION (26.4.74) Dr. SINDOU :

Tentative d'embolectomie interrompue à cause d'un volumineux oedème cérébral.

EVOLUTION :

E.E.G. (1.6.74) : anomalies lentes hémisphériques droites.

Le malade est revu en octobre 1975 : la marche est possible et le patient travaille à mi-temps mais il conserve des séquelles spastiques et sensitives. Il a présenté à trois reprises des crises sensitives partielles accompagnées de sensations vertigineuses. L'E.E.G. est sub-normal (micro-voltage hémisphérique droit).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (8.11.74) : extinction modérée sur l'oreille gauche pour les chiffres et les mots, importante pour les phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	5 %	0 %
MOTS	+	75 %	95 %
	-	10 %	0 %
	o	15 %	5 %
PHRASES	+	20 %	90 %
	-	40 %	0 %
	o	40 %	10 %

Observation D84

MAL... Marguerite

71 ans

(volumineuse métastase osseuse pariéto-occipitale droite, refoulant la masse cérébrale.)

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC puis du Pr. ALLEGRE en aout 1973.

En 1967, elle avait été opérée d'un néoplasme thyroïdien et peu après, avait été découverte une métastase pariéto-occipitale, osseuse, bien supportée jusqu'en novembre 1972, où apparait brutalement une hémiparésie gauche sensitivo-motrice, avec participation faciale qui s'aggrave lentement s'accompagnant d'une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ralentissement temporal droit.

Scintigraphie cérébrale : zone hyperfixante, postérieure droite, extracérébrale.

Artériographie carotidienne droite : soulèvement du groupe sylvien de profil avec refoulement vers l'avant de la péricalleuse. Les branches postérieures de la sylvienne sont très tendues et s'arrêtent à 2 cm de la voûte pariéto-occipitale. De face, débord artériel discret et débord veineux de l'ordre de 1 cm. L'injection dans la carotide externe montre une volumineuse tumeur de la voûte, refoulant la masse cérébrale dans la région pariéto-occipitale.

Pas d'intervention.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (20.7.73) : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	60 %	95 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	40 %	5 %
	+	60 %	92,5 %
MOTS	±	15 %	7,5 %
	-		
	o	25 %	0 %
	+	30 %	100 %
PHRASES	±	10 %	0 %
	-		
	o	60 %	0 %

Observation D85

MAN... Milan

29 ans

(Hémianopsie latérale homonyme gauche brutale, isolée).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique particulier, ce malade est hospitalisé le 6.12.76 dans le service du Pr. DEVIC, deux semaines après un épisode aigu au cours duquel le patient a ressenti des troubles visuels vagues.

L'examen d'entrée n'objective qu'une hémianopsie latérale homonyme gauche isolée, au cordeau, confirmée par la campimétrie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ondes lentes permanentes, temporales postérieures et occipitales droites.

Artériographie humérale gauche : athérome du tronc basilaire et très mauvaise imprégnation de la cérébrale postérieure droite.

Artériographie humérale droite : pas de lésion carotidienne ou vertébro-basilaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (10.12.76) : normal

Observation D86

MAS... Gilberte

41 ans

(Contusion temporale droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Ambidextre, hospitalisée dans le service du Pr. MANSUY, à la suite d'un polytraumatisme, subi le 29.3.74 : traumatisme crânien droit ayant entraîné une fracture temporale. En raison de l'aggravation clinique secondaire, et devant une déviation de 2 mm de l'écho vers la gauche, une artériographie carotidienne droite a été faite, mettant en évidence un processus expansif avasculaire, temporal compatible avec le diagnostic d'hématome intra-temporal.

INTERVENTION (31.3.74) Dr. SINDOU :

A permis d'évacuer l'hématome temporo-basilaire extra-dural de 1 cm d'épaisseur environ, et de faire l'hémostase d'une contusion sous-temporale droite.

A l'entrée dans le service en juillet 1974, la malade n'a pas de déficit moteur, mais présente un syndrome frontal et des troubles du langage.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : composante lente permanente, temporale moyenne droite.

EVOLUTION : favorable des troubles phasiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

1 - (5.8.74) : A l'expression spontanée, grosse difficulté à trouver le mot précis, mais ceci est compensé par l'emploi de paraphrasies qui rendent le discours tout à fait intelligible. Il existe de grosses difficultés vis-à-vis du langage écrit. La lecture est bonne, mais globale. Il existe de nombreuses erreurs au niveau du graphisme.

2 - TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.7.74) :
normal pour les mots et les chiffres. Il existe cependant une extinction importante pour les phrases, sur l'oreille gauche.

		O. G.	O.D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	87,5 %	92,5 %
	±	5 %	5 %
	o	7,5 %	2,5 %
PHRASES	+	10 %	90 %
	±	30 %	0 %
	o	60 %	10 %

Observation D87

MAT... Tony

63 ans

(Thrombose carotidienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 7.10.76 dans le service du Pr. DEVIC : dans la nuit du 4.10.76, il a présenté des céphalées hémicrâniennes droites, puis en deux jours il a constitué progressivement :

- une apraxie de l'habillage,
- un dérochement du membre inférieur gauche à la marche.

A l'entrée, il existe une hémiparésie gauche avec astéréognosie de la main gauche et hémianopsie latérale homonyme gauche, et une tendance à l'anosognosie, quant à la gêne fonctionnelle.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes banals d'athérome.

E.E.G. : important ralentissement temporal droit.

Artériographie carotidienne droite : oblitération de la carotide interne au-dessus de la bifurcation, sans imprégnation tardive sus-jacente.

EVOLUTION : favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille gauche (13.10.76).

		O. G.	O. D.
MOTS	+	0 %	89 %
	+	22 %	11 %
	o	78 %	0 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	+	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

MIA... Joseph

42 ans

(Hémiplégie brachio-faciale gauche - étiologie vasculaire).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT en mars 1974 : il a constitué en deux temps, un mois auparavant, une paralysie faciale centrale gauche, suivie d'une monoplégie supérieure gauche, accompagnée à l'examen d'une anesthésie à tous les modes, sans hémianopsie latérale homonyme.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ralentissement intermittent temporo-pariétal droit.

Echo en place.

Scintigraphie cérébrale : il existe sur le profil droit une image lésionnelle de la région rolandique dont l'activité croît avec le temps, ayant les caractéristiques d'une tumeur gliale.

Artériographie carotidienne droite :

- de profil : abaissement de l'axe sylvien et tassement des insulaires.

- de face : abaissement du point sylvien. Engagement très discret de l'artère cérébrale antérieure, sans engagement veineux.

INTERVENTION (29.3.74) Dr. BRET :

Dans la région supra-sylvienne, la ponction au trocard de Cushing est négative. Incision coagulante du cortex dans la zone suspecte permettant d'accéder à 2 cm de profondeur à une lésion d'aspect blanchâtre, très infiltrante, évoquant un gliome. En raison de la localisation, il n'est pas possible d'effectuer une exérèse.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

l'examen du matériel prélevé conduit au diagnostic non pas de tumeur, mais de tissu de ramollissement ou de nécrose, légèrement inflammatoire.

SUITES OPERATOIRES : simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (17.4.74) : extinction modérée sur l'oreille gauche, sauf pour les phrases où l'extinction est totale.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	80 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	20 %	0 %

MOTS	+	67,5 %	92,5 %
	±	17,5 %	5 %
	o	15 %	2,5 %

PHRASES	+	0 %	90 %
	±	0 %	10 %
	o	100 %	0 %

Observation D89

MOR... Claude

64 ans

(Hémi-parésie gauche : 1968, laissant place à un syndrome thalamique).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé en novembre 1972 dans le service du Pr. DEVIC. Hypertendu, il avait présenté en 1968 une hémi-parésie gauche s'accompagnant d'une hémorragie méningée. L'E.E.G. avait montré des signes de souffrance hémisphérique droits et l'artériographie carotidienne n'avait montré que des irrégularités de calibre du siphon carotidien.

Les troubles moteurs se sont rapidement amendés, mais le malade a présenté un syndrome thalamique avec hémianesthésie douloureuse gauche, sans hémianopsie. Puis sont apparus des signes d'insuffisance vertébro-basilaire.

L'hospitalisation actuelle est motivée par un coma d'installation brutale, s'accompagnant d'un signe de Babinski bilatéral, sans abolition de la réactivité. Les troubles de conscience durent plusieurs mois, et petit à petit, à partir du mois de février 1973, l'état s'améliore, puisque le patient arrive, très progressivement à répondre aux questions.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes banals d'artériosclérose.

E.E.G. : ralentissement diffus, sans signe de localisation.

Artériographie par technique de Seldinger : athérome diffus des 4 pédicules.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.3.73) : extinction importante sur l'oreille gauche.

Observation D90

MOT... Martine

19 ans

(Empyème sous-dural droit : lobectomie frontale droite.
Abscessus sous-dural et de la face interne de l'hémisphère droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en mars 1973 dans le service du Pr. MANSUY.
A la suite d'une sinusite maxillaire, elle présente un état fébrile, une hémiparésie gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil : montre un début d'œdème papillaire.

E.E.G. : composante lente permanente, de siège hémisphérique droit et l'écho est dévié de 5 mm vers la gauche.

L'artériographie carotidienne droite montre l'existence d'un processus expansif frontal.

INTERVENTION n° 1 (3.4.73) Pr. FISCHER :

Après volet frontal, découverte d'un empyème sous-dural à deux poches, l'une pré-frontale, l'autre sous-frontale, s'accompagnant d'un œdème cérébral sous-jacent et de lésions d'encéphalite présuppurative de tout le lobe frontal nécessitant une lobectomie économique.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples, avec cependant persistance de l'hémiparésie gauche, jusqu'au 27 mai 1973 où réapparaissent les céphalées cette fois très postérieures et un état fébrile. La patiente est réhospitalisée : une nouvelle artériographie carotidienne droite est faite qui montre une volumineuse masse expansive postérieure.

INTERVENTION n° 2 (30.5.73) Pr. FISCHER :

Volet pariéto-rolandique : découverte d'une coque d'abcès sous-dural de la convexité et de la face interne de l'hémisphère. Exérèse.

SUITES OPERATOIRES :

sont simples, mais persistance d'une hémiparésie sensitivo-motrice, sans hémianopsie.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
MOTS	+	7,5 %	90 %
	-	7,5 %	2,5 %
	o	85 %	7,5 %
PHRASES	+	20 %	80 %
	-	0 %	0 %
	o	80 %	20 %

		O. G.	O. D.
	+	60 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	40 %	0 %
	+	67,5 %	90 %
MOTS	±	0 %	2,5 %
	o	32,5 %	7,5 %
	+	40 %	60 %
PHRASES	±	40 %	10 %
	o	20 %	30 %

Observation D94

MUL... Daniel

22 ans

(Hématome intra-temporo-occipital droit spontané).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY pour un tableau d'hémorragie cérébro-méningée ; l'examen clinique, outre le syndrome méningé ne retrouve qu'une hémianopsie latérale homonyme gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : anomalies lentes hémisphériques droites à prédominance postérieure ; écho dévié de 3 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite : aspect de lésion expansive avasculaire, temporo-occipitale.

Artériographie humérale gauche : refoulement de la portion distale de la cérébrale postérieure droite vers la ligne médiane.

INTERVENTION (10.7.73) Pr. FISCHER :

Incision corticale temporale postérieure permettant d'accéder à un volumineux hématome intra-cérébral qui est évacué. Cet hématome avait une topographie temporale postérieure et un prolongement occipital.

SUITES OPERATOIRES : simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.7.73, une semaine après l'intervention): normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	100 %
	-	5 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	72,5 %	87,5 %
	-	20 %	12,5 %
	o	7,5 %	0 %
PHRASES	+	70 %	50 %
	-	30 %	20 %
	o	0 %	30 %

NAK... Théodore

29 ans

RAPPEL CLINIQUE :

Au moment où il est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE et du Pr. LAPRAS, ce patient a présenté à cinq reprises en l'espace de six ans, des épisodes paroxystiques de crises temporales.

EXAMENS PARACLINIQUES :

En aout 1972, un E.E.G. avait montré l'existence d'ondes lentes en foyer temporal droit.

La scintigraphie cérébrale a objectivé un gros foyer d'hyperfixation occipital droit.

L'artériographie carotidienne de mauvaise qualité semblait montrer un 'écartement anormal des branches postérieures de la sylvienne.

Le diagnostic porté a donc été celui d'un kyste porencéphalique.

L'INTERVENTION :

n'a rien découvert, sauf un aspect "hypertrophique" de la substance blanche, mais...

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

ne retrouvait qu'un aspect inflammatoire compatible avec le diagnostic de leucoencéphalite ou de leucoencéphalopathie.

à noter que les prélèvements ont emporté de ce côté la presque totalité du gyrus dentelé de l'hippocampe, ainsi qu'une bonne partie du prosubiculum.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : normal, malgré le traumatisme opératoire.

		O. G.	O. D.
+		95 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
0		5 %	0 %
+		90 %	92,5 %
MOTS	+	5 %	0 %
0		5 %	7,5 %

Observation D9'3

ODE... Denise

30 ans

(Hodgkin 1968. Embols cérébraux (cérébrale moyenne et cérébrale antérieure) post abortum 1973).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée dans le service du Pr. SCHOTT et du Pr. GIRARD.

En 1968, est diagnostiquée une maladie de Hodgkin médiastinale. Le 9.2.73, dans le post-abortum, la patiente présente subitement une hémiplégie gauche à prédominance brachio-faciale, sans trouble sensitif objectif, sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement intermittent fronto-central droit.

Artériographie carotidienne droite : le siphon est très hétérogène juste au niveau de sa bifurcation. Il existe un aspect de défaut sur l'origine de la callosomarginale et sur la cérébrale antérieure.

L'arborisation cérébrale moyenne ne s'imprègne que tardivement, de manière rétrograde par la périphérie : en incidence de face, on objective une oblitération de la cérébrale moyenne droite au niveau de sa bifurcation.

La multiplicité des lésions est bien en faveur d'un processus embolique.

EVOLUTION :

Revue ultérieurement, la patiente ne conserve que des séquelles spastiques de l'hémicorps gauche et l'artériographie par technique de Seldinger montre l'intégrité du système carotidien gauche et la disparition des lésions constatées antérieurement à droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (17.4.73) : normal.

		O. G.	O. D.
+		100 %	100 %
CHIFFRES	+		
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		95 %	82 %
MOTS	+		
	-	5 %	4 %
	o	0 %	14 %
+		80 %	100 %
PHRASES	+		
	-	0 %	0 %
	o	20 %	0 %

Observation D94

PAU... Gérard

16 ans

(Myxome de l'oreillette. Hémianopsie latérale homonyme gauche isolée (embolie)).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, il présente en janvier 1974 une toux fébrile et une asthénie.

Le 28 janvier il fait un malaise avec perte de connaissance. Transporté à l'Hôpital Neurologique, l'enfant présente alors une séméiologie auscultatoire de rétrécissement mitral et l'examen neurologique objective une hémianopsie latérale homonyme gauche. Les hémocultures confirment l'existence d'une septicémie à staphylocoque.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : ondes lentes pariéto-temporales droites.

Artériographie carotidienne droite : normale.

Le diagnostic d'accident embolique est alors porté et le bilan étiologique met en évidence un myxome de l'oreillette droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (15.2.76) : normal.

		:	O. G.	:	O. D.	
		:		:		
		:		:		
		:		:		
CHIFFRES	+	:	95 %	:	95 %	
	±	:	0 %	:	0 %	
	o	:	5 %	:	5 %	
		:		:		
MOTS	+	:	87,5 %	:	90 %	
	±	:	10 %	:	5 %	
	o	:	2,5 %	:	5 %	
		:		:		
PHRASES	+	:	30 %	:	70 %	
	±	:	40 %	:	30 %	
	o	:	30 %	:	0 %	
		:		:		

Observation D95

PER... Louis

63 ans

(Ménningiome de la petite aile du sphénoïde droit. Exérèse).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 13.3.75 dans le service du Pr. DEVIC. Le 7.2.75, il fait une crise comitiale généralisée morphéique. L'examen clinique est normal à l'entrée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : ralentissement des régions temporales antérieure et moyenne droites.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation très évocateur d'un ménningiome de la petite aile du sphénoïde droit.

L'artériographie carotidienne droite : confirme cette notion, montrant une image de ménningiome assez volumineux, refoulant les premiers centimètres de la cérébrale moyenne.

INTERVENTION : Pr. LAPRAS :

La tumeur a le volume d'un abricot. Exérèse sans problème.

LES SUITES OPERATOIRES : très simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.4.75, pré-opératoire) : il n'y a pas d'asymétrie mais le test fait apparaître une difficulté à dissocier le double message qui provoque de très nombreuses réponses paraphasiques ou sous forme de néologismes.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	75 %	55 %
	±	2,5 %	0 %
	o	22,5 %	45 %
MOTS	+	22,5 %	17, 5 %
	±	52,5 %	60 %
	o	25 %	22,5 %
PHRASES	+	0 %	30 %
	±	50 %	60 %
	o	50 %	10 %

Observation 096

QUE... François

38 ans

(Hématome sous-dural fronto-temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 21.10.74 dans le service du Pr. DEVIC. Il s'agit d'un éthylique ayant subi six mois auparavant, un traumatisme crânien. Il souffre actuellement de céphalées hémicrâniennes droites et l'examen objective un syndrome confusionnel, une apraxie constructive, mais il n'y a pas de déficit moteur ou sensitif, pas d'hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. (25.10.74) : foyer d'ondes lentes irrégulières, intermittentes, temporal moyen et postérieur droit.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation se projetant au niveau de la région sylvienne et de la région rolandique droite, en situation périphérique sur l'incidence de face.

Artériographie carotidienne droite : image d'imprégnation temporale anormale.

INTERVENTION (30.10.74) Dr. BRET :

On a la surprise de découvrir qu'il s'agit non pas d'une tumeur mais d'un hématome sous-dural d'aspect ancien contenant un liquide xantho-chromique et pourvu d'une membrane externe, sans doute responsable de l'imprégnation angioscintigraphique, de topographie fronto-temporale droite.

SUITES OPERATOIRES : simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : montre une extinction importante sur l'oreille gauche, avant l'intervention, qui disparaît progressivement dans la période post-opératoire.

n° 1
(pré-opératoire)

		O. G.	O. D.
	+	50 %	95 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	50 %	5 %
	+	15 %	92,5 %
(MOTS	±	17,5 %	5 %
	o	67,5 %	2,5 %
	+	0 %	80 %
(PHRASES	±	20 %	20 %
	o	80 %	0 %

		O. G.	O. D.
	+	90 %	100 %
(CHIFFRES	±	10 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	32,5 %	100 %
(MOTS	±	10 %	0 %
	o	57,5 %	0 %
	+	0 %	80 %
(PHRASES	±	10 %	20 %
	o	90 %	0 %

n°2
(post-opératoire)

		O. G.	O. D.
	+	57,5 %	82,5 %
(MOTS	±	22,5 %	5 %
	o	20 %	2,5 %
	+	60 %	80 %
(PHRASES	±	0 %	10 %
	o	40 %	10 %

n° 3
(post-opératoire)

Observation D97

RIF... Odile

40 ans

(Oblitération de l'artère sylvienne droite. Hémiplégie gauche, syndrome d'Anton Babinski).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade, prenant des contraceptifs oraux, est hospitalisée en février 1974 dans le service du Pr. MANSUY car elle vient de présenter au décours d'une crise comitiale généralisée, une hémiplégie gauche massive avec participation faciale, hémianesthésie gauche, troubles du schéma corporel et anosodiaphorie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

E.E.G. : ralentissement permanent centro-pariéto-temporal droit.

Artériographie carotidienne droite : oblitération de l'artère sylvienne à 1 cm de son origine avec réinjection tardive à partir de la périphérie de quelques branches, dans la région temporo-occipitale.

EVOLUTION : partiellement régressive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (11.3.74) : extinction modérée sur l'oreille gauche, sauf pour les phrases où elle est plus nette.

		O. G.	O. D.
+		100 %	90 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
o		0 %	10 %
+		57,5 %	80 %
MOTS	±	17,5 %	10 %
o		25 %	10 %
+		30 %	100 %
PHRASES	±	30 %	0 %
o		40 %	0 %

Observation D98

ROB... Alphonse

79 ans

(Hématome sous-dural et intra-temporal droit post-traumatique : évacuation. Lobectomie de la pointe du lobe temporal).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé après un traumatisme crânien dans le service du Pr. MANSUY. Depuis 10 jours, il présente des troubles du comportement et une hémiparésie gauche avec hémihypoesthésie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : normal.

Artériographie carotidienne droite : surélévation de l'axe sylvien de profil, avec de face image de décollement cortical et refoulement de la sylvienne vers la ligne médiane : hématome intra-temporal et épanchement sous-dural.

INTERVENTION (24.10.74) Dr. SINDOU :

Evacuation d'un hématome sous-dural de 1,5 cm d'épaisseur. Contusion temporale au niveau de la face latéro-externe de la pointe du lobe temporal : résection.

SUITES OPERATOIRES :

Simple Disparition des signes déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (8.11.74 post-opératoire) :
extinction totale sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	15 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	85 %	0 %
	+	0 %	97,5 %
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
	o	97,5 %	0 %
	+	0 %	100 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

Observation 099

ROE... Chantal

29 ans

(Angiome profond sus-tentorial droit. Abstention opératoire).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette jeune femme est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC à la suite d'une hémorragie méningée révélée par un accès céphalalgique brutal, des vomissements, et des hémiparesthésies gauches transitoires.

A l'entrée, il n'existe aucun signe déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

L'artériographie carotidienne droite objective un volumineux angiome sus-tentorial, de siège profond, alimenté essentiellement par la cérébrale postérieure.

EVOLUTION : favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (31.10.74) : normal.

		O. G.	O. D.
		-----	-----
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	92,5 %	97,5 %
	±	7,5 %	0 %
	o	0 %	2,5 %
PHRASES	+	80 %	100 %
	±	10 %	0 %
	o	10 %	0 %

ROU... Adolphe.

64 ans.

- hémiparésie droite régressive en 1965
- ramollissement ischémique sylvien droit en 1974 : sténose carotidienne).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE en 1974 après un infarctus myocardique en 1963, il a fait une hémiparésie droite régressive en 1965.

Depuis trois mois, il présente un tableau de confusion mentale et une hémiparésie gauche, sans hémianopsie latérale homonyme.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil : montre des signes d'artériosclérose.

E.E.G. : ralentissement permanent de la région temporale droite.

Scintigraphie cérébrale : impossible à réaliser à cause des troubles du comportement.

Gammagraphie : normale.

Artériographies carotidiennes :

- droite : sténose athéromateuse de la carotide interne à son origine.
- gauche : au cou : bifurcation athéromateuse à son origine.
 - . de face : discret contre-engagement des cérébrales antérieures.
 - . de profil : pauvreté de l'arborisation cérébrale moyenne.

EVOLUTION :

Le diagnostic de ramollissement dans le territoire sylvien droit est porté.

Le déficit moteur s'aggrave et le patient décède en mars 1974.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (14.2.74) : extinction importante sur l'oreille gauche, particulièrement pour les phrases.

Observation D101

SIM... Louis Paul

40 ans

(Astrocytome temporal droit. Grade I. Lobectomie temporale partielle).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC puis dans celui du Pr. MANSUY. Après une période d'un an au cours de laquelle sont apparus des céphalées et des malaises paroxystiques, évocateurs de crises temporales (sensations bizarres, sensations de déjà-vu) d'autant qu'il existe un vécu agréable.

L'examen clinique est entièrement normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire.

E.E.G. : ralentissement temporo-occipital droit.

Echo dévié de 4 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne droite :

- de face : discret engagement veineux. Bascule du T carotidien avec soulèvement de la sylvienne.

- de profil : soulèvement de la sylvienne, concave en bas et en arrière, surplombant une zone avasculaire. La péricalleuse est tendue.

INTERVENTION (6.5.76) Dr. BRUNON :

Incision corticale horizontale dans la deuxième circonvolution temporale qui permet d'arriver au contact d'un gliome dont les limites avec le parenchyme sont mal individualisées, ce qui oblige à pratiquer d'emblée une large lobectomie temporale passant 1 cm au-dessous de la vallée sylvienne et s'étendant en arrière jusqu'à l'aplomb du conduit auditif interne. En dedans, la lobectomie est prolongée jusqu'à la corne temporale et jusqu'au bord libre de la tente. On doit compléter l'exérèse en arrière, en direction du lobe occipital.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade I.

		O. G.	O. D.
+		65 %	85 %
CHIFFRES +		0 %	0 %
o		35 %	15 %
+		15 %	37,5 %
MOTS +		25 %	37,5 %
-			
o		60 %	25 %
+		0 %	92,5 %
PHRASES +		10 %	2,5 %
-			
o		90 %	5 %

Observation D102

SOU... Marcel

50 ans

(Anévrisme sylvien droit rompu. Aphasie croisée).

RAPPEL CLINIQUE :

Ethylique et hypertendu, ce malade droitier est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY le 19.3.75 : il présente une hémiplégie gauche d'apparition brutale, à prédominance brachio-faciale, s'accompagnant de gros troubles sensitifs, d'une hémianopsie latérale homonyme gauche, d'une indistinction droite-gauche, sans anosognosie sans hémiasomatognosie. Mais chez ce patient qui utilise la main droite pour écrire et la main gauche pour manger, l'examen a la surprise de découvrir des troubles de la série aphasique, s'exagérant à la fatigue, avec manque du mot, utilisation de néologismes à la dénomination et lors de l'expression, la compréhension étant satisfaisante. Il existe enfin des difficultés majeures à la lecture et à l'écriture.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire.

E.E.G. : anomalies lentes permanentes temporales droites et déviation de l'écho de 3 mm vers la gauche.

Artériographies carotidiennes droites :

- la première : 20.3.75 ponction rétrograde : aorta lusoria, hématome intratemporal et images d'addition faisant suspecter la présence d'anévrismes sylviens.

- la seconde : 21.3.75 confirme l'existence d'anévrismes de l'artère cérébrale moyenne droite.

de face : engagement artériel et veineux de 1 cm ascension du point sylvien droit.

de profil : l'arborisation cérébrale moyenne est refoulée en avant, et il existe une zone avasculaire à l'aplomb du rocher, entre cérébrale moyenne et cérébrale postérieure, coïncidant avec un élargissement de l'espace entre la veine cérébrale interne et la veine basilaire.

INTERVENTION (21.3.75) Pr. FISCHER :

Il existe un premier anévrisme sur la deuxième branche de l'artère sylvienne, non rompu, sur une artère très athéromateuse. Pose d'un clip semi-circulaire sur le collet.

Découverte du deuxième anévrisme sur la troisième branche la plus inférieure de la sylvienne, beaucoup plus volumineux. A son niveau existent des traces d'hémorragie parenchymateuse. Pose d'un clip.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples : régression lente mais réelle de l'hémiplégie sur un mode spastique et de l'hémianopsie, alors que persistent les troubles sensitifs. Le langage oral s'améliore considérablement; lecture et écriture restent déficientes.

L'E.E.G. à distance de l'intervention montre la persistance d'ondes lentes temporales droites et en octobre 1975, le patient fait une crise comitiale généralisée.

Suspect d'avoir développé une hydrocéphalie à pression basse, devant la baisse des performances intellectuelles, il est à nouveau hospitalisé en novembre 1975 puis en février 1976.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne ne met pas en évidence de signes traduisant une dilatation ventriculaire, mais la cisternographie isotopique est compatible avec le diagnostic de syndrome de Hakim et Adams.

Après mise en place d'un capteur de pression qui confirme cette évolution, le 10.2.76 est mise en place une dérivation ventriculo-atriale droite par valve de Holter.

Le 20.6.76 : sont notés de gros progrès de la marche et de l'utilisation du membre supérieur gauche, tandis que persistent les troubles de l'écriture spontanée, les troubles sensitifs avec impression de "gros corps" gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (21.11.1975) :

Bien qu'étant droitier, ce malade opéré d'anévrismes sylviens droits présente indiscutablement des troubles du langage. Le langage spontané fait apparaître un manque du mot. La répétition est normale.

L'écriture est de type agraphie aphasique. La lecture bien qu'étant conservée, n'a pas l'aisance qu'il faudrait.

C'est donc l'agraphie qui domine.

TAU... Gaston

54 ans

(Glioblastome pariétal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade est hospitalisé le 23.7.75 dans le service du Pr. DEVIC. Il présente une hémiparésie gauche d'installation progressive, avec déficit sensitif réalisant un syndrome pariétal, une apraxie de l'habillage et une apraxie constructive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire droit, champ visuel normal.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes intermittentes centro-pariéto-temporales droites. L'écho est dévié de 4 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation d'intensité modérée, pariétal postérieur droit, intra-parenchymateux, dont l'aspect évoque une tumeur gliale.

Artériographie carotidienne droite : de profil, le triangle insulaire est tassé en avant et les artères, dans la région pariéto-occipitale, ont un aspect grêle et étiré. De face, il existe un engagement artériel et veineux de 1 cm et un abaissement du point sylvien droit.

Le bilan angiographique est donc compatible avec le diagnostic de formation expansive pariéto-occipitale droite.

INTERVENTION (5.8.75) Pr. FISCHER :

Exérèse d'une tumeur pariétale droite, découverte à 1,5 cm de profondeur, du volume d'une prune. Il s'agit d'un glioblastome.

L'EVOLUTION post-opératoire est d'abord très satisfaisante, mais dès le mois de novembre, les troubles moteurs s'accroissent. Le décès survient en mars 1976

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.7.75, pré-opératoire) : extinction sur l'oreille gauche, importante pour les mots, totale pour les phrases.

		O. G.	O. D.
	+	75 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	25 %	0 %
	+	25 %	100 %
MOTS	+	12,5 %	0 %
	o	62,5 %	0 %
	+	0 %	100 %
PHRASES	+	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

TER... Georgette

49 ans

(Glioblastome temporal droit).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admise dans le service du Pr. MANSUY (3.7.73). Elle présente un syndrome d'hypertension intracrânienne constitué progressivement depuis quatre mois, associé à des sensations paroxystiques bizarres et à une paralysie faciale inférieure gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal. Pas de déficit du champ visuel.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes, temporal droit, et déviation de l'écho de 6 mm vers la gauche.

Artériographie carotidienne droite :

de face : engagement artériel de 5 mm et veineux de 1 cm, avec soulèvement et ouverture de l'angle sylvien.

de profil : soulèvement de la première portion de la sylvienne; refoulement en haut et en avant de toutes les insulaires et de la péricalléuse. Il apparaît dans la région temporale une néo-vascularisation. On note enfin un soulèvement de la veine basilaire.

Donc : processus expansif vascularisé temporal droit.

INTERVENTION (4.7.73) Pr. FISCHER :

Incision du cortex dans la région temporale antérieure qui permet de découvrir une tumeur pleine, à 1/2 cm de la corticalité, de la taille d'une grosse noix. Il existe un plan de clivage, sauf au niveau de la région antérieure où la tumeur adhère à l'artère sylvienne. La dissection permet d'extirper des éléments tumoraux entre les branches de cette artère. La temporale antérieure est clippée, mais toutes les autres branches sont conservées.

Exérèse et lobectomie temporale droite de la moitié antérieure.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome isomorphe.

LES SUITES OPERATOIRES :

immédiates sont simples, mais dès le mois de janvier 1974, le syndrome d'hypertension intracrânienne réapparaît et l'évolution se fait vers la constitution progressive d'une hémiparésie gauche massive avec hémianopsie latérale homonyme gauche.

EVOLUTION : le décès survient en avril 1974.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.7.73) : normal deux semaines après la lobectomie temporale antérieure droite.

		O. G.	O. D.
+		100 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		95 %	87,5 %
MOTS	+	2,5 %	7,5 %
	o	2,5 %	5 %
+		90 %	90 %
PHRASES	+	10 %	10 %
	o	0 %	0 %

THO... Georges

17 ans

(Pneumatocèle préfrontale droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admis dans le service du Pr. LECUIRE après un traumatisme crânien ayant provoqué une embarrure frontale médiane pour laquelle une première intervention est pratiquée après qu'un E.E.G. n'ait montré que quelques ondes lentes pré-frontales gauches, alors que l'artériographie carotidienne gauche était normale.

Une seconde intervention est décidée devant l'apparition d'une rhinorrhée et la constatation d'une pneumatocèle : exploration complète de l'étage antérieur : brèche ostéo-méningée accompagnée de lésions cérébrales inflammatoires bi-frontales. De plus, existe une cavité dans la région pré-frontale communiquant directement avec la corne frontale du ventricule latéral (21.8.74).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (2.9.74) : normal

		:	O. G.	:	O. D.	
		:		:		
		:		:		
		:	100 %	:	100 %	
		:		:		
CHIFFRES	±	:	0 %	:	0 %	
		:		:		
		:	0 %	:	0 %	
		:		:		
		:		:		
		:	100 %	:	100 %	
		:		:		
MOTS	±	:	0 %	:	0 %	
		:		:		
		:	0 %	:	0 %	
		:		:		
		:		:		
		:	100 %	:	100 %	
		:		:		
PHRASES	±	:	0 %	:	0 %	
		:		:		
		:	0 %	:	0 %	
		:		:		
		:		:		

Observation D107

VUA... André

38 ans

(Thrombose sylvienne droite et sténose carotidienne droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme est hospitalisé en juin 1974 dans le service du Pr. ALLEGRE, plus d'un an après un accident vasculaire cérébral, survenu brutalement en mars 1973, au cours duquel le patient avait présenté une hémiparésie gauche rapidement régressive.

Il ne conserve, au moment de l'examen, qu'une astéréognosie de la main gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Une scintigraphie cérébrale est pratiquée : elle est normale.

L'artériographie carotidienne droite objective :

- une petite sténose à l'origine de la carotide interne avec dilatation post-sténotique.
- une oblitération complète de la sylvienne à son origine.
- une réinjection tardive à contre-courant du territoire sylvien à partir des branches péri-calleuses.

Abstention chirurgicale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.7.74) : normal.

		O. G.	O. D.
(			
(	+	100 %	100 %
(	CHIFFRES ±	0 %	0 %
(	o	0 %	0 %
(			
(	+	100 %	97,5 %
(	MOTS ±	0 %	2,5 %
(	o	0 %	0 %
(			
(	+	80 %	80 %
(	PHRASES ±	20 %	20 %
(	o	20 %	0 %
(			

CHAPITRE II

LÉSIONS HÉMISPHÉRIQUES UNILATÉRALES GAUCHES

I - OBSERVATIONS DES MALADES AYANT BÉNÉFICIÉ
DU TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE ET/OU
DE L'ENREGISTREMENT DES P.E.A.

Observation G1

BAD... Camille

47 ans

(Sténose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

A la suite d'une appendicectomie effectuée le 8.12.72, la malade fait une première complication au 7^e jour : embolie pulmonaire nécessitant un traitement anticoagulant.

Au 17^e jour, apparaît brutalement une hémiplégie droite alors que le taux de prothrombine est à 70 % ; le trouble moteur s'est installé sans céphalées ni manifestation comitiale préexistante et s'accompagne d'une aphasie de Broca. Les symptômes persistaient en septembre 1973, au moment de l'admission à l'Hopital Neurologique :

- parésie faciale droite de type central,
- hyperéflexivité ostéotendineuse droite,
- aphasie de Broca,
- apraxie bucco-faciale,
- pas d'hémianopsie latérale homonyme.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : composante lente temporale antérieure et moyenne gauche.

Ophthalmodynamométrie : normale.

Artériographie carotidienne gauche :

- aspect de sténose carotidienne intrapétreuse.
- mauvaise imprégnation de la cérébrale antérieure gauche.

artériographie par voie de Seldinger : ne montre rien d'autre qu'un aspect de sténose juste au niveau du point de pénétration dans le canal carotidien gauche, à la base du crâne, et un aspect modérément rétréci au niveau du siphon carotidien, mais une imprégnation normale de l'artère cérébrale antérieure gauche par la carotide droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (14.9.73)

Cette malade très présente, très coopérative, qui comprend très bien le langage oral, a beaucoup de difficultés dans l'énoncé spontané ; le mot est rare mais juste, l'articulation remarquable ; il y a quelques paraphasies phonémiques.

Elle dénomme un peu mieux par écrit que mentalement et l'écriture est saine au plan de l'orthographe (hormi évidemment quelques lettres oubliées en cours d'écriture). Elle lit les lettres, les chiffres courts, les mots,

plus difficilement les phrases.

Elle dessine bien, réussit bien le cube, fait un plan correct de son quartier.

On est surpris de constater une évidente apraxie bucco-faciale aussi longtemps après le début des troubles et alors que l'articulation est bonne.

Pas d'apraxie. Donc, il s'agit d'aphasie très motrice.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : pas d'asymétrie.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		:	O. G.	:	O. D.	
		:		:		
		:		:		
		:		:		
(CHIFFRES	+	:	80 %	:	15 %	)
	±	:	5 %	:	5 %	)
	□	:	15 %	:	80 %	)
		:		:		)
		:		:		
(MOTS	+	:	92,5 %	:	5 %	)
	±	:	0 %	:	0 %	)
	□	:	7,5 %	:	95 %	)
		:		:		)
		:		:		
(PHRASES	+	:	80 %	:	0 %	)
	±	:	10 %	:	10 %	)
	□	:	10 %	:	90 %	)
		:		:		)

Observation G2

BED... André

49 ans

(Hématome intra-temporal gauche post-traumatique).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY le 15.11.74 à la suite d'un accident de la circulation, il constitue progressivement une hémiparésie droite et une aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Les radiographies standard du crâne montrent une fracture temporale gauche.

L'artériographie carotidienne gauche : processus expansif intra-temporal compatible avec le diagnostic d'hématome.

INTERVENTION (15.11.74) Dr. SINDOU :

Contusion hémorragique temporale gauche associée à une lame d'hématome sous-dural.

Large lobectomie temporale, dépassant en arrière le plan veineux temporal postérieur.

SUITES OPERATOIRES :

Simple : disparition des troubles moteurs et de l'aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (post-opératoire) :

L'énoncé spontané est assez remarquable, compte-tenu du traitement chirurgical mais tout de même, le malade cherche ses mots, met un mot pour un autre. Il n'y a pas de paraphasies phonémiques et la compréhension est normale. La lecture et l'écriture sont conservées.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.11.74 et 3.12.74) : extinction importante sur l'oreille gauche, à deux reprises, de type paradoxal.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux face à l'hémisphère gauche ils sont moins amples face à l'hémisphère droit.

L'extinction sur l'oreille gauche, l'asymétrie des P.E.A au détriment de l'hémisphère droit, laissent supposer l'existence d'une contusion temporale droite passée inaperçue cliniquement.

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
+	:	15 %	:	85 %
CHIFFRES ±	:	0 %	:	0 %
	:		:	
o	:	85 %	:	15 %
	:		:	
+	:	2,5 %	:	62,5 %
MOTS ±	:	45 %	:	32,5 %
	:		:	
o	:	52,5 %	:	5 %
	:		:	
+	:	0 %	:	80 %
PHRASES ±	:	30 %	:	20 %
	:		:	
o	:	70 %	:	0 %
	:		:	

28.11.74

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
+	:	5 %	:	70 %
	:		:	
MOTS ±	:	20 %	:	22,5 %
	:		:	
o	:	75 %	:	7,5 %
	:		:	
	:		:	

3.12.74

Observation G3

BLA... Bernard

18 ans

(Hémiplégie cérébrale infantile (droite) comitialité, callosotomie.)

RAPPEL CLINIQUE :

Présente une hémiplégie cérébrale infantile droite avec hémianopsie latérale homonyme droite, une comitialité sévère et rebelle (encéphalite à l'âge de 9 mois, acquisition tardive de la marche - débilité) qui conduit à faire poser l'indication de callosotomie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Pneumoencéphalographie gazeuse (pré-opératoire) 12.6.73 : dilatation ventriculaire prédominant à gauche.

INTERVENTION (28.6.73) Pr. LAPRAS :

Section complète du corps calleux d'avant en arrière. Le ventricule latéral gauche est ouvert. Repérage du trou de Monro. Section du pilier antérieur du trigone et de la commissure blanche antérieure.

LES SUITES OPERATOIRES :

Diminution nette de la fréquence des crises (une seule par mois au lieu de trois par jour).

Décès en juin 1974, à domicile.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE : effectué avant la callosotomie :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite avec cependant restitution d'une partie des messages droits sous forme de néologismes.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : asymétrie des P.E.A. qui sont moins amples face à l'hémisphère gauche.

		O. G.	O. D.
+		95 %	0 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
o		5 %	100 %
+		75 %	2,5 %
MOTS	±	22,5 %	35 %
	o	2,5 %	62,5 %
+		30 %	0 %
PHRASES	±	70 %	30 %
o		0 %	70 %

		O. G.	O. D.
+		95 %	5 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
o		5 %	95 %
+		64,7 %	5,8 %
MOTS	±	17,6 %	11,7 %
	o	17,6 %	82,5 %

Observation G4

BON... Marie Louise

63 ans

(Glioblastome temporo-occipital gauche.)

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Gauchère, ayant été hospitalisée pour la première fois le 11.1.74, après avoir présenté un épisode d'hallucinations visuelles élaborées (polyopie très anxigène), suivies d'impressions de voile noir dans le champ temporal droit.

L'examen neurologique avait montré une quadranopsie supérieure latérale homonyme droite isolée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. était normal, l'écho en place.

Le fond d'oeil avait montré un décollement de la rétine à droite, imposant un traitement chirurgical rapide qui a donc été effectué.

2° - Rentrée chez elle, au début du mois de février, elle se plaignait d'asthénie, de céphalées sus-orbitaires gauches et l'examen clinique lors du second séjour en mars 1974 objectivait une hémianopsie latérale homonyme droite et un discret déficit moteur du membre inférieur droit sans signe de Babinski.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : très important ralentissement pariéto-temporal gauche permettant d'évoquer un processus expansif car l'écho est dévié de 6 mm vers la droite.

Scintigraphie cérébrale (13.3.74) : volumineux foyer temporo-occipital gauche profond.

Artériographie carotidienne gauche : engagement artériel et veineux de 2 cm ; soulèvement de la sylvienne avec étirement et refoulement des vaisseaux de toute la région temporo-occipitale.

Artériographie humérale gauche : refoulement vers la ligne médiane de la portion initiale de la cérébrale postérieure dont plusieurs branches envoient des rameaux vers une zone hypervasculaire, confirmant le diagnostic de lésion temporo-occipitale gauche profonde.

INTERVENTION (19.4.74) Dr. SINDOU :

Elle permet l'exérèse d'une volumineuse tumeur pariéto-temporo-occipitale gauche, découverte à 4 cm de profondeur, imposant une grande lobectomie occipitale poussée en avant vers les régions pariétale et temporale postérieures et en dedans, jusqu'à la région pinéale. Cette lobectomie ouvre largement le carrefour ventriculaire. La totalité de la tumeur est en apparence extirpée, sauf au niveau de la région du bourrelet du corps calleux.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome multiforme.

DANS LES SUITES OPERATOIRES :

3.4.74 : il n'y a qu'un très léger déficit moteur distal de la main droite sans déficit sensitif, et se sont développés un syndrome occipital (alexie agnosique) et une apraxie constructive.

La malade quitte cependant le service le 11.4.74.

Deux mois plus tard, elle doit être réhospitalisée pour un syndrome d'hypertension intracrânienne et une hémiplégie flasque sensitivo-motrice.

L'artériographie confirme évidemment la "récidive".

Abstention thérapeutique de la récidive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Langage quasi-normal. Pas d'anomie des couleurs.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (1 4.74) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	20 %
	-	0 %	0 %
	o	5 %	80 %
MOTS	+	65 %	5 %
	-	22,5 %	10 %
	o	12,5 %	85 %
PHRASES	+	50 %	0 %
	-	40 %	0 %
	o	0 %	100 %

Observation G5

BOY... Maurice

51 ans

(Hématome intratemporal gauche, au niveau d'une métastase de naevo-carcinome).

RAPPEL CLINIQUE :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : composante lente intermittente, temporale gauche.
L'écho est en place.

Artériographie carotidienne gauche : évocatrice d'une lésion expansive intra-temporale, avec soulèvement global de la sylvienne.

INTERVENTION (12.11.73) :

L'incision du cortex temporal antérieur ne permet pas de découvrir la lésion. On décide de pratiquer une lobectomie temporale de la moitié antérieure. On découvre d'avant en arrière des tissus de plus en plus suspects, mais pas de tumeur franche. A la jonction temporale moyenne-temporale postérieure on découvre un hématome très volumineux qui a détruit toute la région temporale postérieure et qui s'étend jusqu'à proximité du pédicule veineux temporal postérieur.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Infiltration massive par un naevo-carcinome.

SUITES OPERATOIRES :

Simple.

EXAMEN' NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Peu de troubles : le malade s'exprime bien avec cependant quelques paraphrasies. La répétition est bonne. Il peut lire et écrire. Ce qui frappe le plus c'est sans doute le manque du mot.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.11.73) : extinction modérée sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : discrète asymétrie avec potentiels peu visibles face au lobe temporal gauche.

(Comitialité de l'enfance. Hémiplégie cérébrale infantile.
Pneumoencéphalographie gazeuse : dilatation ventriculaire asymétrique.
Artériographie carotidienne gauche : angiome rolandique gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette jeune patiente a été admise dans le service du Pr. DEVIC pour bilan d'une comitialité motrice partielle (membre supérieur droit) rapportée au début à une encéphalopathie de l'enfance. Cinq jours après une P.E.G. qui avait montré un engagement des structures médianes d'un cm vers la droite et des lésions "atrophiques" surtout gauches, est survenue une hémiplégie droite sans aphasie, alors que l'E.E.G. n'objectivait qu'un ralentissement diffus sans signe de localisation.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche : objective un volumineux angiome rolandique.

INTERVENTION (29.12.71) Pr. GOUTELLE :

Pose de clips sur les pédicules se rendant à la lésion.

Mais en novembre 1975, la scintigraphie cérébrale objective une très importante fixation pariétale moyenne gauche, angiomateuse, correspondant à l'image artériographique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire : 1973) : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	50 %	50 %
	±	10 %	0 %
	o	40 %	50 %
MOTS	+	72,5 %	20 %
	±	10 %	7,5 %
	o	17,5 %	72,5 %
PHRASES	+	50 %	10 %
	±	40 %	20 %
	o	10 %	70 %

Observation G7

CAL... Martine

22 ans

(Oligodendrogliome temporal gauche)

Première intervention : 1965 - Réintervention 1973.

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Gauchère sans antécédent notable elle a présenté à l'âge de 9 ans des crises généralisées tonico-cloniques, puis quelques temps après des crises psychomotrices rebelles à tout traitement. Tous les E.E.G. montraient des anomalies temporales gauches.

En octobre 1975, après un tableau d'engagement avec coma, elle est hospitalisée à Lyon à l'Hôpital Neurologique, dans le service du Pr. LECUIRE où le bilan montre l'existence d'un processus expansif temporal gauche.

L'intervention s'est bien déroulée, les suites ont été simples.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

En faveur d'un astrocytome grade I.

Elle conservait comme séquelles une atrophie optique bilatérale, une hémianopsie latérale homonyme droite et un discret déficit moteur hémiparétique droit, sans aphasie. Les crises comitiales avaient disparu.

2° --En mai 1970, réapparaissent des crises psychomotrices, avec version droite et parfois absences, associées à des troubles caractériels.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie (16.11.73) montre un soulèvement de la cérébrale moyenne à sa jonction portion horizontale-portion ascendante, un engagement veineux de près de 1 cm et de profil, un soulèvement et un refoulement en avant des branches cérébrales moyennes, un aspect irrégulier et refoulé vers le haut de la veine cérébrale interne, confirmant le diagnostic de récurrence in situ.

L'E.E.G. (12.11.73) ne montre qu'une asymétrie au cours de l'hyperpnée du fait d'un moindre ralentissement à gauche. Pas de signes actuels rendant compte des crises. L'écho est dévié de 4 mm de gauche à droite.

INTERVENTION (26.11.73) Pr. LECUIRE :

A la base du lobe temporal gauche : formation kystique d'un volume considérable dont on évacue le liquide xanthochromique. Au fond de la cavité

apparaît la récurrence tumorale, développée dans la partie moyenne et antérieure du lobe temporal, envahissant la zone de passage temporo-sous-frontale gauche mais aussi plus massivement la circonvolution temporelle interne.

L'exérèse progressive de la masse tumorale permet de réduire l'engagement temporel.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Oligodendrogliome grade I.

EVOLUTION :

Suites simples. Persistance de l'hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.12.73) : extinction modérée sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		:	O. G.	:	O. D.	)
		:		:		)
		:		:		)
+		:	95 %	:	75 %	)
		:		:		)
(CHIFFRES	±	:	0 %	:	0 %	)
		:		:		)
o		:	5 %	:	25 %	)
		:		:		)
		:		:		)
+		:	82,5 %	:	45 %	)
		:		:		)
MOTS	±	:	12,5 %	:	17,5 %	)
		:		:		)
o		:	5 %	:	37,5 %	)
		:		:		)
		:		:		)
+		:	40 %	:	10 %	)
		:		:		)
PHRASES	±	:	50 %	:	60 %	)
		:		:		)
o		:	10 %	:	30 %	)
		:		:		)
		:		:		)

CHA... Joseph

59 ans

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme de 59 ans, opéré 10 ans auparavant d'un hématome intra-cérébral spontané du carrefour ventriculaire gauche, est hospitalisé le 11.9.74 pour aggravation récente d'une aphasie résiduelle, avec hémiparésie droite, intéressant la face.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : persistance d'une activité lente, pariéto-temporale postérieure, déjà notée auparavant.

Artériographie carotidienne gauche (13.9.74) : ne montre rien d'autre qu'un déroulement de la péricalleuse, et un ralentissement circulatoire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (18.9.74) :

Le malade présente une aphasie prédominant sur l'expression. Sa voix est forte et il n'y a rien à reprocher au plan de l'articulation mais l'assemblage des phonèmes est quasi impossible malgré la syllabisation. Par contre, il enchaîne bien une série de phonèmes en chantant, ce qu'on observe assez souvent dans de tels cas. Il répète mieux qu'il ne parle spontanément ; la compréhension est bonne, mais il est alexique (pour la phrase) et agraphique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : il semble bien exister une extinction sur l'oreille droite, mais les réponses paraphasiques interdisent toute interprétation chiffrée.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

Observation G9

CHI... Suzanne.

(Thrombose de la carotide interne gauche. Syndrome de l'isthme temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Suivie en consultation par le Pr. SCHOTT ; elle a des antécédents migraineux. Les céphalées ont fait place depuis trois ans à des vertiges et à des épisodes syncopaux.

Elle présente à la suite d'une thrombose de la carotide gauche diagnostiquée à Grenoble, une hémiplégie droite massive avec amyotrophie du membre supérieur, déficit de la sensibilité douloureuse, aphasie, alexie et agraphie.

L'examen n'objective pas d'apraxie, pas d'indistinction droite-gauche mais il existe une hémianopsie latérale homonyme droite, en quadrant supérieur.

Il s'agit donc d'un ramollissement proche de l'isthme temporal gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (10.2.75) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

(	:	:	:	)
(	:	O. G.	:	O. D.
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	+	:	85 %	:
(	:	:	:	0 %
(	:	:	:	)
(	MOTS	±	:	7,5 %
(	:	:	:	5 %
(	:	:	:	)
(	o	:	7,5 %	:
(	:	:	:	95 %
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)

COG... Joseph

68 ans

(Sténose de la carotide interne et oblitération sylvienne gauches.
Aphasie isolée).

RAPPEL CLINIQUE :

Homme de 68 ans, hypertendu depuis plusieurs années, ayant présenté le 2.7.72, des troubles phasiques discrets dont l'évolution s'est faite vers l'aggravation, pour constituer une aphasie globale le 8.7.72, sans déficit moteur ou sensitif associé.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. : signes de souffrance dans la région temporale gauche.
Echo en place.

Gammaencéphalographie : fixation postérieure gauche.

Artériographie carotidienne gauche : sténose serrée de la carotide interne juste au-dessus de la bifurcation. Oblitération de l'artère sylvienne à son origine.

INTERVENTION (28.8.72) Dr. DERUTY :

Anastomose entre la temporale superficielle gauche et la temporale antérieure corticale.

Bon résultat hémodynamique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Aphasie globale sans alexie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : impossible à réaliser.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux, mais les réponses sont peu nettes face au lobe temporal gauche, lorsque l'on stimule l'oreille droite.

Observation G11

DUM... Monique

(angiome temporal postérieur gauche. Hématome).
Lésion très proche du carrefour sensoriel de Wernicke.

RAPPEL CLINIQUE :

Présente depuis trois ans, des malaises accompagnés de perte de connaissance, lorsqu'elle est hospitalisée d'urgence, en janvier 1967, pour un syndrome d'hémorragie cérébro-méningée, avec troubles de conscience majeurs. L'examen décèle l'existence d'une hémiparésie avec hémianesthésie droites et d'une mydriase gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire bilatéral, prédominant à gauche, et hémorragies à gauche.

E.E.G. : ralentissement intermittent dans les régions moyennes de l'hémisphère gauche.

L'écho est dévié de 5 mm vers la droite.

Artériographie carotidienne gauche : révèle la présence d'un angiome temporal postérieur, assez profond, au contact des couches optiques, tandis que l'engagement veineux, le déroulement et la refoulement en avant de la cérébrale moyenne, témoignent de la présence d'un hématome intra-temporal.

INTERVENTION (21.1.69) Pr. LAPRAS :

- dissection progressive de l'angiome, irrigué par une branche sylvienne.
- évacuation d'un hématome volumineux, découvert à 1 cm de profondeur, se prolongeant en direction de la pointe du lobe temporal.
- exérèse en masse du peloton angiomateux, qui se continuait en profondeur jusqu'au niveau du ventricule. Une partie de sa vascularisation venait de la choroïdienne antérieure, sur les branches de laquelle des clips ont été posés.

LES SUITES OPERATOIRES :

Les troubles de conscience disparaissent rapidement. Il persiste une comitialité bien jugulée par le traitement, une hémiparésie droite, une hémianopsie latérale homonyme droite, une astéréognosie de la main droite, une aphasia portant surtout sur la compréhension, sans alexie ni agraphie.

Bien que l'acoumétrie soit normale, la patiente trouve qu'elle entend mieux de l'oreille gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ÉVALUATION PSYCHOTIQUE (1973 et 28.10.76) : extinction totale sur l'oreille droite, qui persiste plus de 7 ans après l'intervention.

POTENTIELS ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES : ininterprétables.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	0 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %
	+	85 %	2,5 %
MOTS	±	15 %	0 %
	o	0 %	97,5 %
	+	90 %	0 %
PHRASES	±	10 %	10 %
	o	0 %	90 %

		O. G.	O. D.
	+	97,5 %	0 %
MOTS	±	2,5 %	5 %
	o	0 %	95 %

Observation G12

EYT... Fernand

61 ans

(Accident vasculaire - hémisphère gauche- à rechute).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé pour la première fois dans le service du Pr. DEVIC en 1968, à la suite d'un accident vasculaire cérébral ayant laissé une hémianopsie latérale homonyme droite séquellaire.

Le 2.12.73, apparaît brutalement une hémiparésie droite à prédominance brachio-faciale associée à une aphasie et à une astéréognosie de la main droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes de sclérose vasculaire.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes temporal moyen et postérieur gauche.

L'artériographie et la scintigraphie cérébrale ne sont pas pratiquées.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Aphasie mixte, d'expression et de compréhension, avec nombreuses paraphrasies phonémiques.

Il existe une agraphie, une alexie, une acalculie, sans indistinction droite-gauche.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (6.12.73) extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : absence de réponses évoquées face à l'hémisphère gauche.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:	85 %	:	0 %
		:		:	
(CHIFFRES	±	:	0 %	:	0 %
		:		:	
		:	15 %	:	100 %
		:		:	
		:		:	
		:	37,5 %	:	0 %
		:		:	
MOTS	±	:	15 %	:	0 %
		:		:	
		:	47,5 %	:	100 %
		:		:	
		:		:	
		:	40 %	:	0 %
		:		:	
PHRASES	±	:	30 %	:	0 %
		:		:	
		:	30 %	:	100 %
		:		:	
		:		:	

Observation G13

FAR... Claude

42 ans

(Oblitération de la sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC le 25 mai 1973.
Au cours des mois précédents, il a présenté à plusieurs reprises des épisodes d'aphasie transitoire, durant environ 1 heure.

L'admission est motivée par la constitution très rapide d'une hémiparésie droite à prédominance brachio-faciale, sensitivo-motrice, s'accompagnant de troubles de conscience, mais pas d'hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. du 29.5.73 montre un ralentissement permanent de la région temporale gauche, l'écho est en place.

L'artériographie carotidienne gauche faite dès l'entrée, objective quelques irrégularités du siphon carotidien, mais surtout une absence d'opacification de l'artère sylvienne sur les premiers films avec réinjection aux temps plus tardifs.

L'EVOLUTION :

a été très rapidement régressive puisqu'une semaine après l'accident initial ne persiste qu'un signe de Babinski droit isolé.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Il n'y a plus d'aphasie au moment de l'examen.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (5.6.73) : extinction modérée sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : asymétrie des réponses évoquées qui sont moins amples face au lobe temporal gauche.

	:	O. G.	:	O. G.	)
	:		:		)
	:		:		)
-	:	60 %	:	70 %	)
	:		:		)
CHIFFRES ±	:	0 %	:	0 %	)
	:		:		)
o	:	40 %	:	30 %	)
	:		:		)
	:		:		)
	:		:		)
+	:	57,5 %	:	35 %	)
	:		:		)
MOTS ±	:	27,5 %	:	27,5 %	)
	:		:		)
o	:	15 %	:	37,5 %	)
	:		:		)
	:		:		)

Observation G14

FOU... Pierre

43 ans

(Astrocytome grade III temporo-insulaire gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - A la fin du mois de juillet 1976, ce patient présente un épisode aphasique transitoire suivi, quelques heures plus tard, de trois crises convulsives généralisées successives. Il est hospitalisé dans le service du Pr. BOURRAT, où l'examen neurologique est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. : objective la présence d'ondes lentes temporales gauches.

La scintigraphie cérébrale est normale.

L'artériographie carotidienne gauche ne montre que de discrètes modifications avec un aspect un peu enraidí des branches sylviennes sur les séries de profil, et une très discrète asymétrie des points sylviens sur les incidences de face.

2° - Le 5 août, le patient présente deux malaises très brefs, dont l'un s'accompagne d'un trouble du langage. L'étiologie tumorale apparaît déjà quasi-certaine. Une exploration par EMI-SCANNER faite à l'Hôpital de la Timone à Marseille, est pourtant tout à fait normale.

3° - L'évolution est cependant marquée par la persistance de crises comitiales temporales avec hallucinations olfactives.

En novembre 1976, une nouvelle exploration par EMI-SCANNER objective enfin une volumineuse lésion tumorale temporale gauche.

Un nouveau bilan hospitalier est pratiqué : le patient présente maintenant une hémiparésie droite sans déficit sensitif, sans aphasie.

La scintigraphie cérébrale et l'artériographie carotidienne gauche confirment la présence d'une tumeur temporale gauche.

INTERVENTION (13.12.76) Pr. GOUTELLE :

Exérèse d'un astrocytome grade III.

Découverte d'une volumineuse tumeur charnue, occupant tout le lobe temporal, gagnant l'insula et le lobe temporal par la vallée sylvienne. On pratique l'exérèse progressive, en laissant un fragment tumoral au niveau de la zone de Broca.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont marquées par de discrets troubles phasiques. Il n'y a pas d'hémianopsie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE : (post-opératoire).

Ce malade présente une aphasie assez déroutante : il comprend bien ce qu'on lui dit, mais le dialogue est difficile, car si le patient amorce une réponse correcte, il perd vite le fil de son discours et très fréquemment se bloque sur une stéréotypie.

L'énoncé, fluent, n'est pas contaminé par des paraphrasies ou des néologismes ; la syntaxe est parfaite.

Si la répétition est à peu près bonne, la dénomination est pratiquement impossible.

Il lit facilement les mots et les phrases ; par contre, le graphisme est très médiocre.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (21.12.76 et 7.2.77) : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : morphologie normale face aux deux hémisphères.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	20 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	80 %
	+	90 %	5 %
MOTS	±	10 %	5 %
	o	0 %	90 %
	+	70 %	0 %
PHRASES	±	30 %	20 %
	o	0 %	80 %

		O. G.	O. D.
	+	100 %	30 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	70 %
	+	80 %	2,5 %
MOTS	±	17,5 %	20 %
	o	2,5 %	77,5 %
	+	90 %	0 %
PHRASES	±	10 %	70 %
	o	0 %	30 %

Observation G15

G0E... Ariane

7 ans

(Hématome temporo-insulaire gauche spontané).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admise dans le service du Pr. LAPRAS pour syndrome d'hypertension intracrânienne.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire gauche.

E.E.G. : ralentissement global avec intenses signes de souffrance dans la région temporale gauche.

L'écho est dévié de 5 mm vers la droite.

Artériographie carotidienne gauche : processus expansif temporal avec de face, engagement artériel et veineux de 0,5 cm, refoulement vers la ligne médiane de la sylvienne et de profil, surélévation des branches de la sylvienne, le triangle insulaire prenant une forme concave vers le bas.

INTERVENTION (25.9.75) Pr. LAPRAS :

Le cortex est tendu et déplissé sur le lobe temporal. Il existe une infiltration hémorragique au niveau du pli de passage fronto-temporal. Incision corticale au niveau de la pointe du lobe temporal, qui permet d'accéder dans la cavité d'un vaste hématome récent, occupant la partie antérieure du lobe, se prolongeant en haut et en arrière dans l'insula.

Il n'y a pas de malformation vasculaire.

LES SUITES OPERATOIRES :

Apparition d'une aphasie mixte qui régresse lentement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (post-opératoire) l'extinction est totale sur l'oreille droite au début (13.11.73).

Par la suite (14.5.76, 14.10.76, 16.12.76) on voit apparaître une lente amélioration des performances sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas de P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	:		:	
	+	100 %	:	0 %
	:		:	
MOTS	±	0 %	:	0 %
	:		:	
	o	0 %	:	100 %
	:		:	
	:		:	

13.11.75

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	:		:	
	+	82,5 %	:	25 %
	:		:	
MOTS	±	7,5 %	:	7,5 %
	:		:	
	o	10 %	:	67,5 %
	:		:	
	:		:	

14.5.76

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	:		:	
	+	97,5 %	:	42,5 %
	:		:	
MOTS	±	2,5 %	:	2,5 %
	:		:	
	o	0 %	:	55 %
	:		:	
	:		:	

14.10.76

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	:		:	
	+	80 %	:	50 %
	:		:	
MOTS	±	12,5 %	:	10 %
	:		:	
	o	7,5 %	:	40 %
	:		:	
	:		:	

16.12.76

Observation G16

GOM... François

60 ans.

(Ramollissement pariéto-occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendu, il est hospitalisé dans le service du Pr. GIRARD le 11.3.73.

Le 10 mai 1973, il présente brutalement une aphasie. A l'entrée dans le service, s'il n'existe pas de déficit moteur ou sensitif, on objective une hémianopsie latérale homonyme droite et une apraxie constructive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil : objective des signes d'artériosclérose banals.

E.E.G. : ralentissement permanent des régions temporales antérieure et moyenne gauches.

Scintigraphie cérébrale : très discrète hyperfixation pariéto-occipitale gauche dont l'intensité diminue sur les contrôles ultérieurs.

L'artériographie carotidienne gauche : sur la série de profil interruption de la branche principale sylvienne du pli courbe avec, sur les temps capillaires, image avasculaire de la région pariéto-occipitale, sans lésion de la bifurcation carotidienne.

L'EVOLUTION :

est très rapidement régressive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Il existe une aphasie avec manque du mot. La compréhension et l'expression sont normales. Le patient lit et écrit normalement.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.5.77) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite et amalgame du double message.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

n° 1

		O. G.	O. D.
	+	90 %	10 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	10 %	90 %
	+	65 %	0 %
MOTS	±	36 %	10 %
	o	0 %	90 %
	+	10 %	0 %
PHRASES	±	60 %	30 %
	o	30 %	70 %

n° 2

		O. G.	O. D.
	+	70 %	40 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	30 %	60 %
	+	60 %	0 %
MOTS	±	35 %	35 %
	o	5 %	65 %
	+	30 %	0 %
PHRASES	±	40 %	20 %
	o	30 %	80 %

Observation G17

JAL... Charles

68 ans

(Oblitération sylvienne gauche. Aphasie et alexie).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme de 68 ans a des antécédents familiaux d'hypertension artérielle.

Au début du mois de novembre 1973, il présente 2 ou 3 épisodes d'aphasie et des troubles de la lecture qui aboutissent à la constitution d'une séméiologie durable faite d'aphasie et d'alexie, sans autre signe déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : rétinopathie hypertensive.

E.E.G. : signes de souffrance temporale gauche.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération complète de l'artère sylvienne, en aval des artères perforantes avec cependant important réseau de revascularisation par les artères lepto-méningées.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

L'énoncé spontané est quasi-nul, il y a une sorte de mutisme par lassitude ou indifférence. Cependant, le peu que le malade dit est bien construit et bien articulé. Il répète, mais se bloque pour les phrases trop longues qu'il parsème de paraphasies (paraphasies qui n'apparaissent pas lors du langage spontané). La compréhension n'est bonne que pour les messages simples ; dès que la phrase est un peu longue ou tant soit peu compliquée le malade est décontenancé et répète de façon écholalique sans comprendre.

Il dénomme assez bien, quoiqu'avec lenteur et est facilement prêt à renoncer (mais ne fait pas de paraphasies). Mais surtout, il est alexique pour les lettres, mais moins pour les mots, qu'il saisit globalement ; par contre il ne peut lire une phrase.

Il écrit normalement quand au geste graphique ; mais on peut parler d'agraphie-aphasique car il bute très vite sur des problèmes d'épellation (et de relecture).

Il semble être gêné par une hémianopsie (qu'on ne trouve pas clairement au doigt cependant) car il néglige son champ visuel périphérique droit. Pas d'agnosie.

En somme cet ensemble symptomatique évoque plutôt une "faiblesse" du gyrus angulaire aggravée par une lassitude et un découragement qui le poussent au renoncement.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : asymétrie très nette : l'amplitude des P.E.A. est nettement diminuée face à l'hémisphère gauche.

		O. G.	O. D.
(CHIFFRES	(+	(75 %	(95 %
	(±	(10 %	(0 %
	(0	(15 %	(5 %
	(:	(:	(:
(MOTS	(+	(62,5 %	(10 %
	(±	(7,5 %	(10 %
	(0	(30 %	(80 %
	(:	(:	(:
(PHRASES	(+	(40 %	(10 %
	(±	(30 %	(30 %
	(0	(30 %	(60 %
	(:	(:	(:

Observation G18

LAF... Roger

52 ans

(Glioblastome temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est admis pour la première fois dans le service du Pr. DEVIC le 29 août 1975 car depuis le 10 août il présente une aphasie qui s'aggrave progressivement.

A l'entrée, s'il n'y a aucun déficit moteur ou sensitif, l'examen objective, outre les troubles phasiques, une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent temporal gauche.

L'artériographie carotidienne gauche (2.9.75) montre un engagement artériel et veineux de plus d'un cm et objective une lésion temporale volumineuse infiltrée par quelques néovaisseaux.

INTERVENTION n° 1 (5.9.75) Dr. BRET :

Découvre une tumeur d'aspect arrondi, siégeant à la partie postérieure du lobe temporal. Il est réalisé une lobectomie temporale antérieure limitée en arrière par la veine de Labbé qui est respectée.

EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE :

Glioblastome isomorphe, grade IV.

LES SUITES OPERATOIRES sont simples, mais l'aphasie persiste.

2° - Le 5.7.76, le malade revient dans le service à la suite d'un malaise. Il semble se plaindre d'une mauvaise audition de l'oreille droite. Il existe cette fois une hémiparésie droite. L'artériographie et la scintigraphie cérébrale montrent une poursuite d'évolution du processus tumoral.

INTERVENTION n° 2 (27.7.76).

Le geste est réduit à une biopsie élargie au centre d'une tumeur temporale infiltrante et nécrosée.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par une hémiparésie droite brachio-faciale et une aggravation des troubles du langage.

EXAMENS NEUROPSYCHOLOGIQUES :

1° - L'examen neuropsychologique du 17.9.75:

Ce malade est si coopératif et si réellement drôle qu'on s'est demandé s'il n'avait pas aussi une métastase frontale, mais en fait il s'agit d'un glioblastome, et jusque là purement temporal, et il s'agit d'un sujet au tempérament heureux.

L'énoncé spontané est presque normal, le cours du récit est bien structuré, la grammaire est bonne et l'accompagnement mimo-gestuel riche et adéquat. Mais dès qu'on demande une tâche de dénomination, les paraphasies et surtout les néologismes surgissent d'abondance. Le malade est bien conscient de ces "ratées", cherche à les corriger et se perd dans un jargon. La répétition par contre est bonne.

La compréhension est intacte. La lecture est rapide mais assez paraphasique. L'écriture est par contre franchement paraphasique "requbique" pour république).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction droite massive.

Les praxies sont remarquables, et il n'y a pas de problème gnosique. En somme, aphasie de Wernicke à forme surtout paraphasique.

2° - L'examen neuropsychologique du 16.8.76 : le malade est resté le bavard qu'on a connu, mais il n'émet qu'une bouillie phonémique inintelligible ou presque. On le "comprend" cependant assez bien, car les gestes d'accompagnement, les gestes signifiants, les intonations, les mimiques sont aussi riches qu'auparavant au temps où il n'était pas hémiplégique.

Il y a donc une dissociation peu courante entre la communication verbale et la communication non verbale.

Pourtant la compréhension est médiocre, dès qu'on pose des questions même assez simples. Au fond le malade "raconte" des histoires qui le préoccupent plutôt qu'il ne répond ou communique.

Il reste capable de lire approximativement puisqu'il retrouve parmi d'autres, une phrase qu'on lui a proposée oralement.

Il est hémianopsique et tend l'oreille gauche quand il comprend mal. Il reste peu concerné par son déficit, et ne s'inquiète guère de ne pas être compris.

Il n'était que "paraphasique" en 1975. Maintenant il s'agit bien évidemment d'une aphasie globale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : après la première intervention (16.9.75) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas d'asymétrie.

		O. G.	O. D.

	+	85 %	30 %
(CHIFFRES	±	0 %	5 %
	o	15 %	65 %

	+	97,5 %	10 %
(MOTS	±	2,5 %	5 %
	o	0 %	85 %

	+	100 %	0 %
(PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %

Observation G19

KI... Jeanine

44 ans

(Embolies dans le territoire sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Migraineuse, hospitalisée le 18.12.73 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT ; deux jours plus tôt, la malade a ressenti une paralysie hémicorporelle droite, dans l'interprétation de laquelle il faut tenir compte de l'existence de troubles sensitifs, et une gêne de la parole. Au bout de 10 mn elle a pu bouger ses membres, mais elle a constaté la persistance de l'hypoesthésie alors que les troubles du langage ont commencé à s'amender le lendemain.

A l'entrée dans le service, l'examen clinique objective une hyperéflexivité ostéotendineuse hémicorporelle droite, une némi-hypoesthésie droite. Il n'y a pas d'hémianopsie, et l'aphasie est surtout motrice : réduction de la fluence verbale, manque du mot, sans trouble de la compréhension. Il n'y a pas été noté d'apraxie bucco-faciale ; pas d'agraphie ni d'alexie, mais il existe une acalculie. Très rapidement apparaît une hypoesthésie de l'hémicorps droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ondes lentes temporales gauches.

L'artériographie carotidienne gauche objective une occlusion des branches rolandiques et pariétales de la sylvienne d'aspect embolique.

Deux mois plus tard, persistent l'acalculie et l'hémi-hypoesthésie avec hyperpathie, ainsi que l'asymétrie des réflexes ostéotendineux et l'artériographie carotidienne gauche est normale. On remarque seulement quelques irrégularités sur l'artère du pli courbe. L'E.E.G. retrouve cependant la présence d'ondes lentes intermittentes dans la région temporale gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Cette malade semble avoir déjà bien récupéré par rapport aux constatations faites dans le service. Il reste que certaines difficultés demeurent :

- d'abord l'énoncé est parsemé de paraphrasies phonémiques, que la malade corrige avec difficultés (elle n'a pas pu dire coquelicot, escargot, chocolat...).

- mais la grammaire est excellente.

- l'articulation, la voix, la mélodie, le timbre sont excellents.

Observation G20

LAP... Simone

56 ans

(Astrocytome grade III, temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Adressée par l'Hôpital de Valence, elle entre dans le service du Pr. MANSUY.

Le 6.5.74, cette femme n'a pas d'antécédents pathologiques particuliers. Au début du mois d'avril 1974, elle présente des hallucinations visuelles paroxystiques anxiogènes, des modifications de l'humeur d'allure dépressive, puis progressivement se sont installées :

- une hémiparésie droite,
 - une aphasie,
 - une amnésie des faits récents et anciens
- sans hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artériosclérose diffuse, sans oedème papillaire.

E.E.G. : important ralentissement permanent fronto-temporal.

L'écho est dévié de 6 mm de la gauche vers la droite.

Scintigraphie cérébrale : de profil foyer temporal gauche de la taille d'une mandarine, en faveur d'une tumeur gliale. De face, le foyer est attenant à l'activité de base.

Artériographie carotidienne gauche : soulèvement de la sylvienne sur les profils ; opacification de néo-vaisseaux avec des flaques de produit de contraste, évoquant une lésion temporale, s'étendant cependant plus en avant et en arrière, témoignant d'une lésion très infiltrante et profonde.

De face : soulèvement de la sylvienne et engagement artériel et veineux de 2 à 3 cm.

INTERVENTION (11.5.74) :

Volet fronto-pariétal temporal. Les circonvolutions sont pâles et dépliées par un processus expansif sous-jacent. L'incision corticale au ras de la vallée sylvienne et 1 cm en avant du pédicule veineux temporal postérieur permet d'accéder à 1 cm de profondeur à une volumineuse tumeur d'aspect glioblastique s'étendant à tout le lobe temporal et infiltrant même les berges supérieures de la vallée sylvienne, englobant la cérébrale moyenne.

- la compréhension est parfaite.

Elle lit très bien, par contre on est frappé par l'importance du déficit graphique qui s'explique au moins :

- par le déficit kinesthésique

- par les difficultés d'épellation qui sont importantes.

L'écriture de la main gauche est curieusement bonne. Le calcul est franchement mauvais. Pas de déficit gnosique ou praxique. Le pronostic est certainement bon.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (27.12.73) : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : nette asymétrie des réponses évoquées face au lobe temporal gauche.

		O. G.	O. D.
+		100 %	55 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	45 %
+		92,5 %	12,5 %
MOTS	±	0 %	7,5 %
	o	7,5 %	80 %
+		60 %	10 %
PHRASES	±	40 %	30 %
	o	0 %	60 %

Observation G21

LEF... Daniel

74 ans

(Atrophie corticale).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme de 74 ans présente le 1er mai 1974 une perte brutale de connaissance, au décours de laquelle se serait révélée une aphasie, sans autre signe déficitaire.

Il est hospitalisé dans le service du Pr. ALLEGRE.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artériosclérose et signes du croisement.

L'artériographie carotidienne gauche : montre simplement un ralentissement circulatoire dans le territoire des branches ascendantes de la sylvienne avec artères grêles à ce niveau.

La gammagraphie étant normale,

Une encéphalographie gazeuse est faite pour éliminer un processus néoformatif. Cet examen permet de mettre en évidence une atrophie majeure, à prédominance corticale, bilatérale et symétrique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (24.5.74) :

Il n'y a pas de trouble du langage.

Le TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE n'a pas été pratiqué.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : symétriques.

Observation G22

LEU... Christiane

24 ans

(Ependymome récidivant fronto-temporal gauche grade II).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Gauchère adressée le 25 mai 1974 dans le service du Pr. LECUIRE à la suite d'un séjour dans un hôpital militaire où elle avait été admise car, depuis le début de l'année, elle présentait une asthénie croissante, des troubles de l'humeur et une baisse de l'état général. Au début du mois de mai, étaient apparues des céphalalgies fixes, fronto-temporales gauches, puis une hémiparésie droite à prédominance brachio-faciale avec ébauche de quadranopsie homonyme supérieure droite sans aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : foyer de souffrance fronto-temporal gauche.

Radiographies du crâne : calcifications intracrâniennes en amas, intra-temporales gauches.

Artériographie carotidienne gauche : surélévation sylvienne massive, par une lésion expansive riche en néo-vaisseaux.

Scintigraphie cérébrale : hyperfixation temporale gauche tardive.

INTERVENTION n° 1 (28.5.74) Pr. LECUIRE :

La lésion affleure la corticalité vers la pointe du lobe temporal gauche. Exérèse d'une tumeur solide qui comporte en profondeur une partie kystique (20 cc). Après un évidement des 2/3 de la masse tumorale, il est possible d'observer ses relations avec le ventricule gauche, en particulier avec les cornes frontale, temporale et le carrefour. Après une exérèse macroscopiquement complète, la tumeur occupait :

- la moitié antérieure du lobe temporal gauche,
- la région du carrefour,
- la région sous-frontale et frontale gauche.

EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE :

Ependymome grade II.

EVOLUTION :

Les suites immédiates sont simples. La malade peut reprendre son travail à mi-temps.

2° - Un an après la première intervention, elle fait une crise comitiale généralisée et l'E.E.G. montre alors une discrète accentuation des perturbations électriques séquellaires.

3° - Le 3 février 1976, elle revient dans le service pour asthénie et troubles de mémoire.

L'examen objective une hémianopsie latérale homonyme droite complète.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : ralentissement important, hémisphérique gauche, prédominant à la partie postérieure.

L'écho est dévié de 3 mm de gauche à droite.

La scintigraphie cérébrale et l'artériographie confirment la récidive in situ temporale gauche.

INTERVENTION n° 2 (9.2.76) Pr. LECUIRE :

La récidive tumorale affleure la surface au niveau du tiers antérieur du lobe temporal gauche. Elle infiltre la pointe du lobe temporal gauche et envahit la corne temporale ainsi qu'une partie du carrefour ventriculaire.

EVOLUTION très favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Il n'y a pas d'aphasie (1974 - 1976).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

- après la première intervention (11.6.74) : normal.

- après la seconde intervention (20.2.76) : extinction modérée sur l'oreille gauche donc paradoxe.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas d'asymétrie.

11.6.74

		O. G.	O. D.
	+	100 %	95 %
CHIFFRES	+	0 %	5 %
	o	0 %	0 %
	+	100 %	97,5 %
MOTS	+	0 %	2,5 %
	o	0 %	0 %
	+	90 %	70 %
PHRASES	+	10 %	20 %
	o	0 %	10 %

20.2.76

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	37,5 %	87,5 %
MOTS	+	20 %	12,5 %
	o	42,5 %	0 %
	+	20 %	80 %
PHRASES	+	40 %	20 %
	o	40 %	0 %

Observation G23

LIE... Daniel

51 ans

(Ramollissement sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendu suivant un traitement anticoagulant depuis une nécrose myocardique constituée en 1967, est hospitalisé le 26.11.72 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT : en six heures se sont installés des troubles du langage, puis une hémiplégie droite, sensitivo-motrice, à prédominance brachio-faciale. L'examen objective une anosognosie, mais le champ visuel est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement hémisphérique gauche prédominant dans les régions frontales et rolandiques.

Cliniquement a été porté le diagnostic de ramollissement dans le territoire sylvien gauche. Scintigraphie cérébrale et angiographie carotidienne n'ont pas été pratiquées.

EVOLUTION :

Apparition retardée d'une dyspraxie bucco-faciale droite. Il persiste une hémiplégie brachiale droite spastique, mais les troubles phasiques s'améliorent progressivement au début, si la compréhension était relativement bien conservée, l'expression se faisait sous forme d'un jargon. Ultérieurement ne persistent que quelques paraphasies phonémiques. Lecture et écriture (de la main gauche) sont normales.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

Le 29.3.74 : extinction totale sur l'oreille droite.

Le 28.1.75 : extinction très importante sur l'oreille droite. De plus, le patient a l'impression que tout vient de loin à droite et il faut augmenter 4 fois l'intensité du côté droit pour qu'il perçoive un double message.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : extinction des réponses évoquées face au lobe temporal gauche, à deux reprises.

29.3.74

		O. G.	O. D.
	+	100 %	55 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	65 %
	+	37,5 %	5 %
MOTS	±	0 %	0 %
	o	2,5 %	95 %
	+	100 %	0 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %

28.1.75

		O. G.	O. D.
	+	100 %	40 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	60 %
	+	82,5 %	30 %
MOTS	±	12,5 %	10 %
	o	5 %	60 %
	+	60 %	0 %
PHRASES	±	40 %	30 %
	o	0 %	70 %

Observation G24

LUM... Danielle

26 ans

(Oblitération sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, présente le 20.12.73 brutalement une hémiplégie droite à prédominance brachio-faciale, sensitivo-motrice avec aphasie d'expression qui l'amènent à être hospitalisée dans le service du Pr. LECUIRE.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : ralentissement hémisphérique gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération des deux branches postérieures de l'artère sylvienne, avec bonne visibilité des premières insulaires.

EVOLUTION :

Se fait vers une disparition des signes déficitaires, conjointement l'angiographie carotidienne objective une revascularisation sylvienne aux temps tardifs.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.12.73) :

La malade présente une aphasie d'expression bien régressive. Il n'y a pas de trouble de la lecture ni de l'écriture.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.12.73) : extinction importante sur l'oreille droite. La répétition des messages se fait par écrit, sous forme de paragraphies pour ceux de l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas d'asymétrie.

		O. O.	O. O.
	+	80 %	30 %
CHIFFRES	±	10 %	0 %
	o	0 %	70 %
	+	85 %	10 %
MOTS	±	2,5 %	37,5 %
	o	2,5 %	52,5 %
	+	80 %	0 %
PHRASES	±	20 %	30 %
	o	0 %	70 %
	:	:	:

Observation G25

MAG... Christian

45 ans

(Thrombose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Polytraumatisé en 1945, présente une parésie fugace crurale droite en 1967, une hémiparésie droite en 1970, puis en 1971.

Il est hospitalisé en 1973 après une hémiplégie droite totale avec participation faciale, associée à une hémianopsie latérale homonyme droite et à une thrombose de l'artère centrale de la rétine.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. du 17.5.73 montre un ralentissement modéré, sans signe de localisation.

L'artériographie carotidienne gauche montre une thrombose carotidienne au niveau de la bifurcation, sans revascularisation tardive.

L'artériographie carotidienne droite objective une bonne vascularisation des deux artères cérébrales antérieures et de la sylvienne droite alors que le siphon carotidien est un peu irrégulier et grêle.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Aphasie globale persistante

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des potentiels évoqués acoustiques face à l'hémisphère gauche.

(	:	:	:	)
(	:	O. G.	:	O. D.
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	+	:	87,5 %	:
(	:	:	:	:
(	MOTS	±	:	0 %
(	:	:	:	:
(	o	:	12,5 %	:
(	:	:	:	:
(	:	:	:	:

Observation G26

MAG... Roger

(Embols sylviens gauches).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, à l'exception d'un traumatisme crânien à l'âge de 10 ans, est hospitalisé le 25.10.64, dans le service du Pr. GIRARD. Il vient de présenter une crise comitiale généralisée suivie d'une hémiplégie droite et d'une aphasie globale. Les troubles moteurs vont régresser rapidement.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement important de la région temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : absence d'injection des branches postérieures et inférieures de l'artère sylvienne ; cet aspect est compatible avec celui observé lors de lésions emboliques.

EVOLUTION :

Un an plus tard, ne persiste qu'un manque du mot. L'E.E.G. montre toujours de discrètes modifications lentes temporales gauches, à la seule hyperpnée. La gammagraphie est normale.

Quatre ans plus tard, il persiste quelques troubles de la série aphasique et des troubles du calcul.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Actuellement (1977), l'expression spontanée est quasi-normale avec cependant un manque du mot. Lecture et écriture sont normales, mais un peu ralenties.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.11.76, 12 ans après l'accident initial) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des P.E.A. face au lobe temporal gauche.

Observation G27

MAI... Jean-Paul

36 ans

(Oblitération partielle de la cérébrale moyenne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Présente brutalement le 23.5.75 une hémiparésie droite à prédominance brachio-faciale avec aphasie globale, qui l'amènent à être hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : composante lente permanente, temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : il existe une double image lacunaire sur la cérébrale moyenne, juste en aval de sa bifurcation, avec interruption presque complète de l'artère, sur près de deux centimètres.

D'autre part les artères insulaires ont un aspect en berceau, comme s'il existait une réaction d'œdème à ce niveau.

Emi-Scanner (7.4.77) : importantes séquelles de ramollissement sylvien gauche, se prolongeant en arrière jusqu'au planum temporale.

EVOLUTION :

Les troubles moteurs disparaissent, mais on assiste à la péréni-
sation des troubles du langage et d'une astéréognosie de la main droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (8.6.73) :

aphasie globale sévère. Il n'y a aucun énoncé spontané. L'apraxie bucco-faciale est majeure. La compréhension du langage oral est quasi-nulle, par contre, le langage écrit est bien compris et le patient peut écrire quelques mots simples, la réalisation d'une phrase étant impossible.

Il existe donc une aphasie globale avec anarthrie totale, surdité verbale, mais le langage écrit est relativement bien conservé.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

		:		:	
		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
+		:	90 %	:	20 %
		:		:	
MOTS	+	:	0 %	:	0 %
		:		:	
o		:	10 %	:	80 %
		:		:	
		:		:	

Observation G28

MAL... Adèle

45 ans

(Comitialité Bravais-Jacksonienne droite. Etiologie vasculaire).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admise le 25 mai 1973 dans le service du Pr. GIRARD. Il s'agit d'une hypertendue.

Le 22 mai 1973 elle a présenté à deux reprises, en l'espace de 2 h une crise motrice partielle du membre supérieur droit secondairement généralisée, justifiant son transport au service d'urgence de l'Hopital Edouard Herriot.

Au moment de l'admission à l'Hôpital Neurologique, l'examen clinique ne retrouve aucun déficit moteur ou sensitif; pas de signes pyramidaux irritatifs, pas d'hémianopsie mais :

- un syndrome de Claude Bernard Horner droit,
- et une aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : exsudats cotonneux, hémorragies rétiniennes juxta-papillaires, avec artères grêles et cuivrées.

E.E.G. : composante lente intermittente temporale gauche.

Gammagraphie : discrète hyperactivité surtout rolandique gauche.

Il n'a pas été pratiqué d'artériographie en raison de l'hypertension artérielle.

EVOLUTION : favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (4.6.73) :

Cette malade dialogue facilement ; elle raconte sa vie, son travail, on note dans l'énoncé des paraphrasies phonémiques induites parfois par le contexte.

La compréhension est bonne, rapide, cependant un trouble de l'attention perturbe vite les performances. La répétition de phrases longues est laborieuse, elle déclenche des paraphrasies importantes dont la malade est consciente.

La lecture est bien verbalisée, avec bonne intonation ; le récit succinct est correct. L'écriture est normale, le calcul correct. On remarque des difficultés à reproduire les rythmes entendus. La malade dit qu'elle ne peut fredonner des airs.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (4.6.73) : globalement médiocre, sans asymétrie. L'oreille droite est même un peu meilleure que la gauche, mais la concentration était douteuse.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas d'asymétrie.

		:	O. G.	:	O. D.
		:	-----		
(CHIFFRES	+	:	80 %	:	100 %
	±	:	0 %	:	0 %
	o	:	20 %	:	0 %
		:		:	
(MOTS	+	:	32,5 %	:	47,5 %
	±	:	27,5 %	:	22,5 %
	o	:	40 %	:	30 %
		:		:	
(PHRASES	+	:	10 %	:	20 %
	±	:	40 %	:	10 %
	o	:	50 %	:	70 %
		:		:	

Observation G29

MAR... Henri

44 ans

(Oblitération carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

A présenté brutalement le 13.2.75 une perte de connaissance suivie d'une hémiplégie droite, sensitivo-motrice, avec participation faciale et aphasie, accompagnée d'une apraxie bucco-faciale et d'un déficit au moins relatif du champ visuel droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement permanent, fronto-temporal antérieur et moyen gauche.

Scintigraphie cérébrale : volumineux foyer ramifié, fronto-temporo-pariétal gauche, bien caractéristique d'un ramollissement massif.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération de la carotide interne, 5 cm au-dessus de son origine, sans aucune réimprégnation sus-jacente.

Artériographie carotidienne droite : imprégnation spontanée des deux cérébrales antérieures et des deux artères sylviennes, sans altération au niveau de la bifurcation.

EVOLUTION :

relativement favorable sur le plan moteur.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (février 1975) :

Le malade présente une aphasie globale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : non pratiqué pour des raisons techniques.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : absence de P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

(	:	:	:	)
(	:	O. G.	:	C. D.
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	+	32,5 %	:	22,5 %
(	:	:	:	)
(	MOTS ±	2,5 %	:	7,5 %
(	:	:	:	)
(	o	55 %	:	70 %
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)

Observation G30

MAS... Véronique

17 ans

(Chondrome du corps du sphénoïde).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette jeune fille de 17 ans avait présenté une baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche en 1972. Un an plus tard, au cours d'une visite de médecine scolaire, on s'aperçoit que l'acuité visuelle est nulle à gauche, et le fond d'oeil objective une atrophie optique, alors que l'oeil droit a une acuité visuelle à 10/10 sans altération du fond d'oeil.

L'examen général, l'examen neurologique sont normaux.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Les radiographies du crâne montrent une image calcifiée, au-dessus des clinoides postérieures, alors que la selle turcique est de volume normal et que la lame basilaire du sphénoïde paraît effacée.

L'E.E.G. est normal.

L'artériographie carotidienne droite, puis gauche, confirment l'existence d'un volumineux processus expansif latéro-sellaire, refoulant la carotide gauche en avant.

INTERVENTION (25.9.74) Pr. LAPRAS :

Permet de s'assurer qu'il s'agit d'un chondrome du corps du sphénoïde développé latéralement, à gauche, sous le sinus caverneux, confirmé par l'étude histopathologique : en soulevant le lobe frontal gauche, on aborde la région opto-chiasmatique le long de la petite aile du sphénoïde. La tumeur apparaît en-dedans entre la carotide interne et le tractus optique gauche qu'elle refoule. On évide la cavité tumorale et on s'insinue sous le sinus caverneux qui est complètement écrasé. La loge tumorale saigne en nappe. Il faut deux heures pour réaliser l'hémostase.

LES SUITES OPERATOIRES :

Dans la période post-opératoire, la malade présente une hémiparésie droite, prédominant dans le territoire brachial, qui cède en une semaine. D'autre part, elle présente une impression transitoire de difficulté de compréhension et reste totalement mutique pendant deux semaines.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal. Récupération de l'acuité visuelle de l'oeil droit (10/10)

E.E.G. : bouffées d'ondes lentes frontales gauches.

EVOLUTION :

Favorable des troubles phasiques résiduels.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

La malade n'est pas aphasique au jour de l'examen.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - le 15.10.74 (après l'intervention chirurgicale). Il existe une extinction quasi-totale paradoxale, sur l'oreille gauche, qui fait poser le problème d'une possible section de la commissure blanche antérieure.

2 - Cette hypothèse est infirmée par la récupération d'une écoute dichotique normale ultérieurement.

Il est donc difficile d'expliquer cette extinction passagère.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
	+	15 %	90 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	85 %	10 %
	+	10 %	62,5 %
MOTS	±	7,5 %	7,5 %
	o	82,5 %	30 %
	+	0 %	30 %
PHRASES	±	0 %	40 %
	o	100 %	30 %

15.10.74

		O. G.	O. D.
	+	9 %	70 %
MOTS	±	14 %	15 %
	o	77 %	15 %

16.10.74

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	87,5 %	97,5 %
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
	o	10 %	0 %
	+	0 %	90 %
PHRASES	±	30 %	10 %
	o	70 %	0 %

14.3.75

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	90 %	97,5 %
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
	o	7,5 %	0 %
	+	70 %	80 %
PHRASES	±	30 %	20 %
	o	0 %	0 %

18.6. 76

Observation G31

NIC... Bernard

30 ans

(Hémiplégie droite, jargonaphasie, jargoagraphie - Hématome par angiome temporal profond gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme présente brutalement le 9.9.73 des céphalées, des vomissements, puis des troubles de conscience et une hémiplégie droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La ponction lombaire objective une hémorragie méningée.

L'artériographie carotidienne gauche faite en urgence montre :

- un angiome temporal gauche, profond.
- un soulèvement de l'artère cérébrale moyenne par un processus expansif avasculaire.

INTERVENTION : pratiquée le jour même (9.9.73) Pr. DECHAUME :

Le cortex est tuméfié. L'incision découvre un volumineux hémato-
me qui file en profondeur ; son évacuation conduit jusqu'au ventricule :
le plexus choroïde est congestif, hyperplasique et semble alimenter une mal-
formation d'allure angiomateuse qui est située dans la région para-ventriculaire
gauche. La dissection de ce paquet permet la coagulation et la pose de clips
sur quatre vaisseaux artérioides, puis l'évacuation du peloton ectasique
correspondant à l'aspect angiographique.

Le volume de l'hématome atteignait la taille d'une orange.

EVOLUTION :

Suites simples. Récupération d'une conscience, d'une motricité
normales. Persistance de troubles phasiques semblant aller vers la régression,
ce qui se confirme ultérieurement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Aphasie de Wernicke. Il persiste une certaine compréhension du
langage écrit, mais il existe une jargonagraphie et le geste graphique est
normal.

Revu deux mois plus tard : il se présente alors comme une aphasie de conduction : langage spontané correct, moins bonne compréhension, mais répétition catastrophique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (15.11.73, post-opératoire) :
extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : asymétrie avec prédominance des réponses face au lobe temporal droit.

		O. G.	O. D.

(CHIFFRES	+	80 %	0 %
	±	0 %	0 %
	o	20 %	100 %

(MOTS	+	100 %	5 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	95 %

Observation G32

PAT... Pierre

22 ans

(Kyste porencéphalique).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce jeune homme est hospitalisé le 5.4.74 dans les suites récentes d'un traumatisme crânien, sans perte de connaissance.

Il présente assez rapidement un syndrome d'hypertension intracrânienne.

L'examen clinique n'objective aucun signe de localisation.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil montre un oedème papillaire bilatéral.

L'E.E.G. : bouffées de pointes ondes lents, fronto-temporales bilatérales et l'écho montre une déviation vers la droite des structures médianes.

Artériographie carotidienne gauche : engagement artériel de 1 cm sans engagement veineux, soulèvement de l'artère sylvienne orientant vers le diagnostic de processus expansif avasculaire, intra-temporal.

INTERVENTION (10.4.74) Pr. DECHAUMÉ :

Découvre en fait un kyste porencéphalique de la région sylvienne communiquant avec les citernes et contenant un liquide xanthochromatique faisant penser à une hémorragie intra-kystique post-traumatique.

SUITES OPERATOIRES :

Sont simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Pas de trouble du langage.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : performances médiocres, l'extinction étant cependant plus importante sur l'oreille gauche (donc paradoxe).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	15 %	65 %
	-	0 %	0 %
	o	85 %	35 %
MOTS	+	10 %	50 %
	-	27,5 %	30 %
	o	62,5 %	20 %
PHRASES	+	0 %	60 %
	-	10 %	40 %
	o	90 %	0 %

Observation G33

PER... Paul

63 ans

(Oblitération de l'artère cérébrale postérieure gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendu est hospitalisé d'urgence le 1.1.75, dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT :

Il présente :

- une hémiplégie droite,
- une hémianesthésie droite ne respectant pas la face,
- une hémianopsie latérale homonyme droite,
- un syndrome confusionnel,
- des troubles phasiques avec manque du mot, sans altération de la compréhension ; l'examen décèle une alexie sans agraphie (l'écriture est possible de la main gauche), et une difficulté de dénomination des couleurs et des fabulations.

Tous ces symptômes se sont installés brutalement.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire,

Examen O.R.L. : l'audiométrie tonale est normale ainsi que l'audiométrie vocale.

E.E.G. : ralentissement important pariéto-temporal gauche.

Scintigraphie cérébrale : met en évidence au début une hyperfixation se projetant au niveau du sinus transverse gauche, dont l'aspect est celui d'un ramollissement ; ce foyer disparaît rapidement.

Artériographie carotidienne gauche : il existe des lésions athéromateuses diffuses tant sur les gros troncs qu'au niveau distal où les artères corticales sont moniliiformes.

On voit l'artère communicante postérieure qui a une direction très inhabituelle et qui est ensuite rincée par le courant vertébro-basilaire.

L'EVOLUTION :

est rapidement défavorable ;

VERIFICATION ANATOMIQUE :

Les coupes vertico-frontales : objectivent une atrophie frontale et des lacunes multiples dans le putamen inférieur gauche. Mais surtout la lésion essentielle est représentée par un ramollissement cicatriciel, du territoire de l'artère cérébrale postérieure gauche, débutant à la hauteur

des tubercules mamillaires, intéressant l'uncus, l'hippocampe, le lobule fusiforme, le corps genouillé externe, la partie inférieure du thalamus gauche et une partie de T3. Le splénium calleux est le siège d'une nécrose cavitaire; plus loin, le ramollissement intéresse le lobe lingual, une partie de la circonvolution calcarine et le forame majeur du corps calleux.

La dissection du polygone de Willis confirme l'existence d'une anomalie de montage : la cérébrale postérieure gauche qui par ailleurs est oblitérée, naît directement de la carotide interne gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille droite (chiffres non disponibles).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : ininterprétables du fait de leur mauvaise qualité.

PES... Christiane

26 ans

(Astrocytome temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée en mai 1973 dans le service du Pr. ALLEGRE :

- depuis trois ans, s'est développé un syndrome d'allure dépressive associé à une gêne motrice du membre supérieur droit,

- depuis le début de l'année 1973, sont apparues progressivement :

- . une hémiparésie droite avec participation faciale,
- . une hémihypoesthésie droite prédominant au membre inférieur.
- . une aphasie dominée par le manque du mot,
- . une hémianopsie latérale homonyme droite, en quadrant supérieur.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. objective des signes de souffrance dans la région temporale gauche et l'écho est dévié de 8 mm vers la droite.

La scintigraphie cérébrale est normale.

L'artériographie carotidienne gauche montre l'existence d'un processus expansif avasculaire, d'allure kystique, occupant la partie antérieure et moyenne du lobe temporal.

INTERVENTION (10.5.73) Pr. GOUTELLE :

Exérèse d'un astrocytome fibrillaire grade I : il s'agit d'une énorme tumeur occupant toute la partie antérieure du lobe temporal gauche, adhérent au ventricule et se glissant sous la tente du cervelet, pour venir comprimer le tronc cérébral.

On pratique une lobectomie temporale antérieure, respectant en arrière la zone de Broca, ainsi que le pédicule veineux temporal postérieur.

LES SUITES OPERATOIRES :

L'hémianopsie latérale homonyme droite est totale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Malade s'exprimant bien, la grammaire est correcte. Il existe seulement un manque du mot.

Lecture et écriture sont normales.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (à deux reprises : 25.4.74 et 18.6.74, un an après l'intervention), il existe une extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

25.4.74

		O. G.	O. D.
	+	60 %	30 %
	±	5 %	0 %
CHIFFRES	o	35 %	70 %
	+	92,5 %	0 %
MOTS	±	5 %	0 %
	o	2,5 %	100 %
	+	10 %	0 %
PHRASES	±	50 %	0 %
	o	40 %	100 %

18.6.74

		O. G.	O. D.
	+	65 %	20 %
	±	0 %	0 %
CHIFFRES	o	35 %	80 %
	+	75 %	0 %
MOTS	±	0 %	0 %
/20	o	25 %	100 %

PET... Emile

49 ans

(Hémiplégie droite + aphasie régressive, oblitération d'une branche postérieure de la sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - En janvier 1973, est hospitalisé pour la première fois dans le service du Pr. DEVIC à la suite d'une hémiparésie droite avec aphasie, cette dernière n'ayant pas totalement disparu lors de l'admission, contrairement aux troubles moteurs.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : ralentissement permanent, hémisphérique gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération d'une branche de division de l'artère pariétale postérieure, avec réimprégnation tardive des branches temporo-occipitales.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.1.73):

Le malade présente encore quelques difficultés d'expression avec manque du mot, paraphasies phonémiques. Il lit, mais écrit mal (paragraphies, hésitations pour épeler).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite particulièrement pour les phrases.

2° - En septembre, octobre et novembre 1973, hémiparésie droite, aphasie transitoires, précédées d'hallucinations auditives, suivies de perte de connaissance brève.

3° - En février 1974 : E.E.G. normal, mais la scintigraphie cérébrale montre l'existence d'une zone hyperfixante, sylvienne gauche, faisant penser à une récurrence d'accident vasculaire cérébral.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

a du mal à faire la preuve objective d'un trouble du langage. Cependant le malade sent qu'il a perdu ses capacités pour lire, écrire et surtout compter (il était avant capable d'extraire une racine carrée).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (20.2.74) : persistance d'une extinction importante sur l'oreille droite, toujours prédominante pour les phrases ;

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : diminution de l'amplitude des réponses évoquées face au lobe temporal gauche.

23.1.73

		O. G.	O. D.
	+	100 %	90 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	10 %
	+	72,5 %	12,5 %
MOTS	±	10 %	7,5 %
	o	17,5 %	80 %
	+	60 %	0 %
PHRASES	±	20 %	10 %
	o	20 %	90 %

20.2.76

		O. G.	O. D.
	+	95 %	90 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	5 %	10 %
	+	87,5 %	37,5 %
MOTS	±	5 %	10 %
	o	7,5 %	52,5 %
	+	80 %	0 %
PHRASES	±	20 %	30 %
	o	0 %	70 %

Observation G36

PET... Edouard

32 ans

(Hémorragie méningée : anévrisme sylvien droit, anévrisme sylvien gauche, anévrisme du tronc basilaire. Décès post-opératoire).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Présente en février 1970 une hémorragie méningée sans signe de localisation. Il est hospitalisé dans le service du Pr. ALLEGRE.

Le bilan angiographique objective trois anévrysmes :

- un au niveau de la bifurcation sylvienne droite,
- un au niveau de la bifurcation sylvienne gauche,
- un sur le tronc basilaire.

Le patient refuse toute intervention.

2° - En janvier 1974, survient une récurrence d'hémorragie méningée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement temporal gauche.

INTERVENTION n° 1 (février 1974) :

Pose d'un clip sur le collet de l'anévrisme sylvien gauche.

LES SUITES sont troublées par une hémiparésie droite associée à une aphasie.

INTERVENTION n° 2 (Juin 1974) :

Exclusion de l'anévrisme sylvien droit.

LES SUITES OPERATOIRES : sont très difficiles et le décès survient le 2.7.74.

VERIFICATION ANATOMIQUE :

Ramollissement sylvien droit récent, très hémorragique.

Ramollissement sylvien gauche, ancien, profond de la portion antérieure intéressant les corps striés.

Sur les coupes sériées, les radiations acoustiques et la zone de Heschl sont épargnées.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE : (5.3.74 après la première intervention) :

L'énoncé est pauvre, mais correct sur le plan phonétique. Le démarrage est difficile, la répétition correcte. La compréhension est relativement bonne, mais le malade est alexique et agraphique.

11.5.74 : la compréhension est très altérée et l'expression spontanée pratiquement nulle. La répétition est correcte, sans trouble articulatoire, sans paraphasies.

Alexie et agraphie persistent.

En somme, aphasie mixte peu fluente.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (5.3.74) : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O.D.
	+	50 %	45 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	50 %	55 %
	+	65 %	5 %
MOTS	±	10 %	15 %
	o	25 %	80 %
	+	0 %	0 %
PHRASES	±	30 %	0 %
	o	70 %	100 %

14.5.74

		O. G.	O. D.
	+	35 %	0 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	65 %	100 %
	+	65 %	2,5 %
MOTS	±	5 %	7,5 %
	o	30 %	90 %
	+	0 %	0 %
PHRASES	±	50 %	0 %
	o	50 %	100 %

5.3.74

Observation G37

POU... Maurice

44 ans

(Anévrysme sylvien. Hématome intratemporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé en urgence à la suite d'une hémorragie cérébro-méningée avec hémiplégie droite et coma, par rupture d'un anévrysme de la bifurcation sylvienne gauche, avec hématome intra-temporal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent sur l'ensemble de l'hémisphère gauche et l'écho est dévié de 6 mm vers la droite.

INTERVENTION (9.3.74) Pr. GOUTELLE :

Les deux berges de la vallée sylvienne ont une couleur aubergine. Il existe un hématome intra-temporal, au niveau des berges supérieure et inférieure de la vallée sylvienne. Lobectomie de la pointe du lobe temporal gauche. Repérage de l'anévrysme exclu par un clip posé sur le collet. Il est alors possible de faire l'hémostase de la tranche cérébrale et d'évacuer l'hématome de Broca.

DANS LES SUITES :

l'hémiplégie droite régresse, mais le malade présente une aphasie d'expression.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.3.74) :

L'énoncé est nul. Par contre, la compréhension est bonne. Il existe une apraxie bucco-faciale. Il semble capable de lire les mots et les chiffres, mais il y a presque une agraphie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.11.74 et 19.6.75) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite qui persiste le 10.4.77, trois ans après l'intervention.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : asymétrie des réponses évoquées dont l'amplitude est réduite face à l'hémisphère gauche.

	:	O. G.	O. D.
	:		
	:		
	:		
	+	97,5 %	92,5 %
	:		
MOTS	±	0 %	0 %
	:		
	o	2,5 %	7,5 %
	:		
	:		

26.11.74

	:	O. G.	O.D.
	:		
	:		
	:		
	+	95 %	5 %
	:		
MOTS	±	0 %	0 %
	:		
	o	5 %	95 %
	:		
	:		

19.6.75

	:	O. G.	O. D.
	:		
	+	90 %	0 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	10 %	100 %
	:		
	+	97,5 %	10 %
	:		
MOTS	±	2,5 %	7,5 %
	o	0 %	82,5 %
	:		
	:		
	+	100 %	0 %
	:		
PHRASES	±	0 %	40 %
	o	0 %	60 %
	:		
	:		

10.4.77

Observation G38

POZ... Gilberte

68 ans

(Glioblastome pariéto-occipital gauche. Agraphie sans alexie).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade opérée en avril 1975 d'un glioblastome pariéto-occipital gauche. Les premiers troubles sont apparus deux mois plus tôt, et l'examen objectivait avant l'intervention :

- une hémiparésie droite,
- des troubles phasiques et des difficultés d'écriture,
- une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche ayant montré une imprégnation tumorale de 8 cm de diamètre pariéto-occipitale,

INTERVENTION (18.4.75) Dr. SINDOU :

Volet pariétal gauche. Taille d'un opercule cortical de 5 cm de côté dans la région pariétale moyenne, qui permet d'accéder à 2 cm de profondeur à une tumeur parenchymateuse infiltrante, volumineuse.

Exérèse aussi complète que possible.

DANS LES SUITES :

L'hémianopsie persiste, mais les troubles moteurs disparaissent et l'examen montre alors l'existence d'une agraphie isolée sans alexie ni troubles du langage.

En septembre 1975, après deux flash de radiothérapie, la malade est réhospitalisée : elle présente alors une grande aphasie de Wernicke. La lecture amène des réponses hasardeuses, l'agraphie persiste, et outre l'hémianopsie l'examen objective une hémihypoesthésie droite et de gros troubles praxiques.

L'état continue de se détériorer. En octobre 1975, la scintigraphie cérébrale montre une fixation en faveur d'une poursuite d'évolution du processus tumoral, plutôt qu'en faveur d'une radionécrose et le décès survient en novembre 1975.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.4.75, post-opératoire) : extinction importante sur l'oreille droite. D'autre part la patiente signale que depuis le début de sa maladie, elle a le sentiment de moins bien entendre de l'oreille droite (en dépit d'une audiométrie normale).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
	+	95 %	0 %
CHIFFRES	±	5 %	0 %
	o	0 %	100 %
	+	90 %	37,5 %
MOTS	±	5 %	22,5 %
	o	5 %	40 %
	+	50 %	20 %
PHRASES	±	30 %	40 %
	o	20 %	40 %

Observation G39

RAS... Marc

16 ans

(Kyste bénin congénital de la vallée sylvienne gauche avec voussure temporale.)

RAPPEL CLINIQUE :

Cet adolescent sans antécédent pathologique a présenté des myalgies des membres inférieurs, vite associées à un état subfébrile. Il a été hospitalisé à Valence où la ponction lombaire, le fond d'oeil étaient normaux. Secondairement, alors que les myalgies disparaissaient, est apparue une raideur du rachis tandis que l'enfant vomissait dès qu'il essayait de se mettre debout.

L'examen neurologique était normal, mais l'E.E.G. objectivait alors des signes de souffrance diffuse semblant prédominer à droite.

Il est donc transporté à l'Hôpital Neurologique de Lyon, pour y subir un contrôle angiographique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. du 18.6.73 confirme les données antérieures.

L'artériographie carotidienne droite réalisée devant la prédominance des anomalies électriques du côté droit, est normale.

L'artériographie carotidienne gauche (22.6.73) ne montre pas d'engagement artériel ou veineux, mais une image de décollement au niveau de la convexité, faisant évoquer la présence d'un kyste porencéphalique.

INTERVENTION (27.6.73) : Pr. LAPRAS

Découvre un volumineux kyste arachnoïdien qui dissèque complètement la vallée sylvienne.

LES SUITES OPERATOIRES :

Sont marquées par l'apparition d'une aphasie sans déficit moteur, et d'une épilepsie avec activités paroxystiques temporales antérieures et moyennes gauches.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (13.7.73) :

Il s'agit d'une aphasie avant tout de compréhension. Mais le patient s'exprime avec des formules toutes faites. Il est alexique et agraphique et a de grosses difficultés de répétition.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (13.7.73) post-opératoire) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition face à l'hémisphère gauche.

		O. G.	O. D.
	+	65 %	5 %
(CHIFFRES	±	15 %	0 %
	o	20 %	95 %
	+	60 %	5 %
MOTS	±	30 %	0 %
	o	10 %	95 %
	:	:	:
	:	:	:

Observation G40

R... Paul

(deux épisodes d'anarthrie (1962 et 1964). Oblitération sylvienne gauche (1972)).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est hospitalisé pour la première fois en août 1964. A cette occasion, on apprend que le patient a déjà présenté deux ans auparavant à l'âge de 31 ans, une anarthrie isolée, à début brutal ayant duré trois jours avant de disparaître totalement.

2° - 14.7.64 : récurrence d'une anarthrie pure.

Au cours du bilan hospitalier, le fond d'oeil, l'E.E.G. et l'artériographie carotidienne gauche sont normaux.

3° - En juillet 1972 : après un intervalle libre de 8 ans, apparaît un nouvel épisode d'aphasie, portant cette fois-ci sur l'expression et la compréhension. L'aphasie n'est associée qu'à une discrète apraxie bucco-faciale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil et l'ophtalmodynamométrie sont normaux, ainsi que l'examen du champ visuel.

L'E.E.G. met en évidence une importante composante lente permanente temporale gauche.

Gammagraphie : normale.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération complète de tout le groupe terminal des branches sylviennes sans anomalie de la carotide au cou.

L'EVOLUTION ultérieure est favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Ce malade garde des séquelles aphasiques, discrètes mais néanmoins certaines. Il parle bien, mais laisse passer quelques paraphrasies phonémiques qu'il contrôle. Il répète bien. Il est gêné lorsqu'on parle trop vite ou à plusieurs, mais le dialogue de personne à personne est normal. Par contre, il est très gêné pour lire un texte (son journal par exemple) alors que la lecture des mots simples est normale.

L'écriture est handicapée par le manque du mot et une difficulté pour épeler. Le geste graphique est normal. La dénomination sur images est normale.

Le galcul est conservé.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (10.10.73) : extinction importante sur l'oreille droite, particulièrement pour la répétition des phrases.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : il persiste une asymétrie : prédominance des réponses face à l'hémisphère droit.

		O. G.	O. D.

	+	100 %	95 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	5 %

	+	82,5 %	47,5 %
(MOTS	±	10 %	7,5 %
	o	7,5 %	45 %

	+	60 %	10 %
(PHRASES	±	10 %	30 %
	o	30 %	60 %

Observation G41

REY... Aïssa

48 ans

(Hématome extra-dural temporo-pariétal droit - Hématome intra-frontal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme qui a déjà subi un traumatisme crânien trois ans auparavant, a été admis au service d'urgence de l'Hôpital Edouard Herriot à la suite d'un violent traumatisme crânien subi lors d'un accident de la circulation.

A l'entrée, il est obnubilé et la radiographie du crâne montre une fracture de la voûte, à droite. Le lendemain, apparaît une hémiparésie brachio-faciale gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne droite montre un aspect de contre-engagement et un hématome extra-dural du vertex.

L'artériographie carotidienne gauche pour sa part permet de faire le diagnostic d'hématome intra-frontal.

Le malade est transféré dans le service du Pr. MANSUY et est opéré le jour même.

INTERVENTION (22.2.74) Dr. SINDOU :

- Evacuation d'un hématome extra-dural temporo-pariétal droit.
- Evacuation d'un volumineux hématome intra-frontal gauche ; après lobectomie de la pointe du lobe frontal gauche, on constate une fracture du plafond de l'orbite, qui est colmatée.

LES SUITES OPERATOIRES sont troublées par une aphasie, une fistule du liquide céphalorachidien, puis deux semaines après l'intervention, un état de mal comitial suivi d'une hémiplégie gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Une nouvelle artériographie carotidienne droite est pratiquée (8.3.74) qui montre un contre-engagement de 2 cm de la cérébrale antérieure, associé à un décollement de 2 cm au niveau de la convexité.

Le fond d'oeil est normal.

Les E.E.G. successifs objectivent deux foyers d'ondes lentes l'un préfrontal gauche, l'autre temporal postérieur droit.

Mais l'EVOLUTION est favorable : régression des troubles phasiques et moteurs.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Pas de troubles arthiques, pas de paraphasies. Donc pas de troubles phasiques au moment de l'examen.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (27.3.74, post-opératoire) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
	+	75 %	10 %
CHIFFRES	±	0 %	5 %
	o	25 %	85 %
	+	82,5 %	0 %
MOTS	±	10 %	2,5 %
	o	7,5 %	97,5 %
	+	100 %	0 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %

RIC... Louis

41 ans

(Contusion temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Fait le 25.3.74, une chute de cheval; provoquant un traumatisme crânien avec perte de connaissance brève, suivie d'un état de coma vigil sans déficit moteur initial. Le lendemain son état s'aggrave : apparition d'une mydriase gauche, d'une hémiplégie droite avec participation faciale. L'exploration du langage est impossible à réaliser.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche (26.3.74) montre un processus expansif avasculaire, temporal, compatible avec le diagnostic d'hématome intra-cérébral.

INTERVENTION (26.3.74) Dr. BRET :

Evacuation d'une contusion temporale gauche avec hématome intra-cérébral rompu à l'espace sous-dural.

Macroscopiquement, présence de gros caillots au sein du lobe temporal, allant jusqu'à la corne temporale du ventricule latéral.

LES SUITES OPERATOIRES sont relativement simples :

reprise de conscience mais révélation d'une aphasie d'expression, d'une hémianopsie latérale homonyme droite, alors que les troubles moteurs régressent lentement.

Le malade quitte le service le 14.5.74. L'hémiplégie a totalement régressé, mais l'hémianopsie et l'aphasie persistent.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.4.75) :

Aphasie globale, prédominant sur l'expression. La compréhension du langage oral est limitée. Le malade est alexique et agraphique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

(	:	:	:	)			
(	:	O. G.	:	O. D.			
(	:	:	:	)			
(	:	:	:	)			
(	+	:	55 %	:	10 %	)	
(	:	:	:	:	:	)	
(	MOTS	±	:	12,5 %	:	20 %	)
(	:	:	:	:	:	)	
(	o	:	:	32,5 %	:	70 %	)
(	:	:	:	:	:	)	
(	:	:	:	:	:	)	

Observation G43

RIP...

45 ans

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé en janvier 1973 dans le service du Pr. DEVIC après un traumatisme crânien. Il présente une épilepsie idiopathique grand mal ancienne et lors d'une crise comitiale a fait une chute dans les escaliers, suivie d'une aphasie de Wernicke, sans autre signe déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Radiographies du crâne : fracture temporo-occipitale gauche.

L'artériographie carotidienne gauche objective un discret engagement de type antérieur, l'arborisation cérébrale moyenne est en place.

INTERVENTION : découvre un hématome pré-frontal du volume d'une prune.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE :

décèle des vaisseaux angiomateux dans la coque de l'hématome.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Au tout début, il existe un déficit majeur du langage parlé : la compréhension est nulle et l'énoncé n'est rien d'autre que du jargon assez riche, fluide, mêlé à quelques automatismes ou à des stéréotypies. L'anosognosie est évidente.

Il existe cependant une dissociation très inhabituelle dans une aphasie de Wernicke : le langage écrit est relativement bien conservé, en effet dès le premier jour, le malade lit (silencieusement) et répond assez correctement par écrit.

Par la suite, cette dissociation persiste : même s'il peut comprendre les ordres simples, s'il s'exprime par des énoncés très paraphasiques, voire jargonnants. La surdité verbale est très importante ; la répétition des mots à trois phonèmes est pratiquement impossible.

Le patient communique aisément par écrit. Le calcul, la reconnaissance des visages sont conservés. Il n'y a pas d'apraxie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (conventionnel) effectué plusieurs mois après le début des troubles à un moment où la surdité verbale s'est un peu estompée, objective une extinction totale sur l'oreille droite qui persiste après 4 ans d'évolution, alors que la présentation dichotique de 20 paires de bruits ne montre pas d'asymétrie.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux à deux reprises (20.3.73 et 3.1.75).

SEB... Aimé

50 ans

RAPPEL CLINIQUE :

A présenté brutalement, trois mois avant son admission dans le service du Pr. ALLEGRE, une aphasie motrice, sans déficit moteur ou sensitif hémicorporel associé.

A l'entrée dans le service, le 17 mai 1974, ne persiste qu'un manque du mot et de rares paraphasies. Il n'y a ni hémianopsie ni apraxie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : très discrète composante lente, temporale gauche, accrue par l'hyperpnée.

L'artériographie carotidienne gauche ne montre pas d'athérome de la carotide au cou, mais un ralentissement circulatoire localisé au territoire des artères temporo-occipitale, pariétale postérieure, du gyrus angulaire, qui restent imprégnées aux temps artériolo-capillaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (24.5.74) :

Il persiste quelques paraphasies dans le langage spontané. Compréhension, lecture, écriture, calcul sont normaux.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi-totale sur l'oreille droite, à un moment où le malade n'est presque plus aphasique (24.5.74).

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : très faible amplitude des RE.A. gauches alors que les potentiels évoqués visuels sont normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	75 %	10 %
	±	15 %	0 %
	o	10 %	90 %
MOTS	+	42,5 %	2,5 %
	±	35 %	12,5 %
	o	22,5 %	85 %
PHRASES	+	70 %	0 %
	±	10 %	50 %
	o	20 %	50 %

(Oblitération de la sylviennne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Apparition brutale dans le post-partum, d'une aphasie d'expression et d'une hémiplégie droite, sans apraxie bucco-faciale et sans hémianopsie.

Il n'y a pas d'alexie, pas d'agraphie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche objective une oblitération
sylvienne à son origine.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (13.6.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pratiquement pas de P.E.A. sur les dérivations temporelles.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	15 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	85 %
MOTS	+	95 %	5 %
	±	2,5 %	0 %
	o	2,5 %	95 %
PHRASES	+	90 %	0 %
	±	10 %	0 %
	o	0 %	100 %

Observation G46

SON... Joël

16 ans

(Atrophie cérébrale post-encéphalitique. Crises comitiales -grand mal et absences- foyer temporal gauche à l'E.E.G.)

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC en novembre 1970. Son affection a débuté le 14.2.67, au décours d'une crise convulsive généralisée. Le bilan hospitalier permet de faire le diagnostic d'encéphalite à forme pseudo-tumorale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : il existe une activité lente hémisphérique gauche, surtout postérieure.

Le fond d'oeil est normal.

L'artériographie carotidienne gauche quant à elle montre un processus d'allure expansive temporo-pariétal gauche.

La gammagraphie montre un foyer temporal gauche à manifestation tardive.

Sous traitement médical l'état s'améliore rapidement. L'enfant ne fait plus de crise comitiale jusqu'au 31.12.68 mais l'E.E.G. montre la persistance d'anomalies avec intenses décharges de pointes-ondes temporales gauches.

En novembre 1969, une P.E.G. montre l'existence d'une atrophie temporale gauche.

L'EVOLUTION ultérieure se fait vers la pérénisation des manifestations comitiales sous forme de crises grand mal, d'absences brèves en dépit du traitement avec foyer épileptogène temporal gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (19.11.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (novembre 1973 : est en partie perturbé sur les deux oreilles.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : pas d'asymétrie.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	30 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	40 %
MOTS	+	45 %	55 %
	±	25 %	22,5 %
	o	30 %	22,5 %
PHRASES	+	0 %	50 %
	±	30 %	40 %
	o	70 %	10 %

Observation G47

STR... Raymonde

48 ans

(angiome temporal postérieur gauche. Syndrome de l'isthme temporal).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée en septembre 1976 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT, puis dans le service du Pr. LECUIRE. Depuis l'âge de 20 ans elle présente des accès céphalalgiques orbitaires gauches, précédés d'un scotome scintillant dans l'hémichamp droit, ayant fait porter le diagnostic de migraines ophtalmiques.

En juillet 1976, au décours d'une crise d'allure migraineuse, suivie d'un épisode de perte de connaissance, elle présente un syndrome confusionnel et des difficultés d'élocution.

L'examen neurologique à l'entrée objective une hémianopsie latérale homonyme droite en quadrant supérieur.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : composante lente temporo-occipitale gauche.

Scintigraphie cérébrale : aspect typique d'angiome se projetant au niveau de la région temporale postérieure gauche,

Artériographie carotidienne gauche : confirme l'angiome temporal postérieur et occipital, profond.

SUITES OPERATOIRES :

Après embolisation de l'angiome, la malade présente une hémiplégie droite et une aphasie. L'artériographie carotidienne gauche objective une occlusion d'une branche sylvienne (absence d'opacification de la temporale postérieure et de l'artère du pli courbe).

Elle se plaint depuis cet incident d'une hypoacousie droite non confirmée par l'audiométrie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE : (10.11.76)

Cette malade a un hémisphère gauche déafférenté car :

- il existe une hémianopsie latérale homonyme droite.

- la main droite n'a pratiquement plus de sensibilité ; elle est inutilisable pour tous les gestes qui nécessitent un contrôle kinesthésique tactile. On remarque une apraxie idéatoire, mais il n'y a pas d'ataxie optique.

Au plan du langage, il s'agit d'une jargonaphasie (paraphasies phonémiques, sémantiques, néologismes et jargon) dont la malade est parfaitement consciente. La compréhension n'est pas parfaite mais bien meilleure que l'expression.

Il existe une alexie et une agraphie. Il s'agit donc d'un syndrome de l'isthme temporal gauche.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

3.11.76 : extinction totale sur l'oreille droite. La répétition des messages gauches se fait sous forme de paraphasies et nécessite parfois une approche par périphrases.

25.2.77 : persistance d'une extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : abolition des réponses évoquées faites à l'hémisphère gauche.

		:	:	:	:
		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
+		:	100 %	:	30 %
		:		:	
CHIFFRES ±		:	0 %	:	0 %
		:		:	
o		:	0 %	:	70 %
		:		:	
		:		:	
+		:	100 %	:	0 %
		:		:	
MOTS ±		:	0 %	:	2,5 %
		:		:	
o		:	0 %	:	97,5 %
		:		:	
		:		:	
		:		:	

Observation G48

TAN... Liliane

29 ans

(Embols sylviens gauches).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette jeune femme sans antécédent particulier prend depuis un an et demi des contraceptifs oraux. Elle a présenté brutalement un trouble du langage le 25.9.74 sans perte de connaissance, sans anosognosie, accompagné :

- d'une céphalée occipitale gauche durant 2 ou 3 h
- d'une paralysie faciale inférieure droite de type central.
- sans autre déficit moteur ou sensitif à l'examen.
- sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre l'existence d'un ralentissement intermittent temporal moyen gauche, l'écho est en place.

L'examen ophtalmologique est normal.

La scintigraphie cérébrale du 10.10.74 montre une fixation sylvienne gauche, croissant avec le temps, révélatrice d'un accident vasculaire cérébral.

L'artériographie carotidienne gauche objective un abaissement de l'axe sylvien avec refoulement de la ligne insulaire supérieure et embols multiples disséminés à la périphérie des branches ascendantes de l'artère sylvienne gauche (en particulier au niveau de l'artère temporale postérieure).

EVOLUTION favorable :

se plaint de lapsus fréquents (utilise des contraires : tôt pour tard, hier pour demain...).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (30.10.74) :

Aphasie à type paraphasique. Lecture et écriture normales.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite encore plus nette pour la répétition des phrases.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	60 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	40 %
MOTS	+	90 %	25 %
	±	2,5 %	17,5 %
	o	7,5 %	57,5 %
PHRASES	+	40 %	0 %
	±	50 %	20 %
	o	10 %	80 %

Observation G49

THO... Pierre

47 ans

(Ramollissement temporal gauche en pleine zone de Heschl. Surdité corticale par lésion unilatérale chez un gaucher.)

RAPPEL CLINIQUE :

Ce patient qui exerce la profession de comptable n'a aucun antécédent pathologique. Il est hospitalisé le 30.10.75 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT.

Il s'agit d'un gaucher que l'on a contraint à écrire de la main droite.

Le 12.10.75, il a le sentiment d'être devenu subitement sourd, ne percevant pas même le son de sa propre voix, sans avoir ressenti le moindre malaise. Ce trouble persiste pendant une journée entière, pourtant une audiométrie s'est avérée tout à fait normale.

Au moment de la récupération, il conserve un déficit très particulier, dont il est parfaitement conscient : il reconnaît mal les bruits de la vie quotidienne, est incapable d'identifier les voix, et ne perçoit la musique que comme un bruit désagréable, alors qu'il était amateur averti.

S'il comprend parfaitement ce qu'on lui dit, s'il lit et calcule normalement, il présente par contre de discrets troubles de l'expression puisqu'il parsème l'énoncé oral de paraphasies phonémiques et l'énoncé écrit de nombreuses paraphrasies de caractère indiscutablement aphasique.

Ces troubles persistent à l'entrée dans le service, où l'examen clinique n'objective aucun autre signe neurologique déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

E.E.G. : normal.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation arrondi, se superposant à peu près aux aires 40 - 41 - 42 de Brodman, compatible avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral.

Artériographie carotidienne gauche : objective une zone avasculaire de même topographie que le foyer scintigraphique.

Un examen par l'Emi-Scanner pratiqué quelques mois plus tard à l'Hôpital de la Timone   Marseille (Dr. PALMIERI) situe encore plus précisément la lésion en objectivant une s qu lle de ramollissement à la frontière postérieure du plan supra-temporal, lésant le planum temporale, et la partie interne et postérieure du gyrus de Heschl.

Il s'est donc agi d'une "surdité corticale" unilatérale par lésion sur l'hémisphère gauche. D'ailleurs l'audiométrie tonale a toujours été normale.

EVOLUTION : ultérieure, favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : la récupération se faisant mal au prix d'une baisse des performances de l'oreille gauche. Extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : par deux fois, absence de P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

		O. G.	O. D.			O. G.	O. D.
		-----				-----	
		100 %	20 %			100 %	0 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %	(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	80 %		o	0 %	100 %
		-----				-----	
		92,5 %	2,5 %			85 %	17,5 %
(MOTS	±	2,5 %	0 %	(MOTS	±	7,5 %	15 %
	o	5 %	97,5 %		o	17,5 %	67,5 %
		-----				-----	
		100 %	0 %			80 %	10 %
(PHRASES	±	0 %	0 %	(PHRASES	±	10 %	30 %
	o	0 %	100 %		o	10 %	60 %
		-----				-----	

30.10.75

8.1.76

Observation G50

VES... Danielle

27 ans

(Glioblastome du carrefour ventriculaire gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admise en novembre 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT pour un syndrome d'hypertension intracrânienne avec hémianopsie latérale homonyme droite.

L'examen clinique n'objective aucun déficit moteur. Il existe par contre une acalculie, une gêne à la lecture, qui est lente, tandis que l'écriture est parfois de type agraphie-aphasique. Il semble exister une agnosie auditive verbale et une anosodiaphorie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : ralentissement important temporal moyen et postérieur, et occipital gauche. L'écho est dévié de 4 mm vers la droite.

Scintigraphie cérébrale : zone d'hyperfixation se projetant dans la région temporo-occipitale gauche située en plein parenchyme, évoquant une tumeur gliale.

Artériographie carotidienne gauche : objective un aspect tendu de la péricalleuse et surtout une masse expansive, avasculaire de siège temporo-occipital.

INTERVENTION (6.11.74) Pr. LAPRAS :

Exérèse d'un glioblastome grade III du carrefour ventriculaire gauche. Incision corticale en arrière du pli courbe, qui permet d'aborder à 4 cm de profondeur, le carrefour ventriculaire qui est très dilaté, avec un liquide sous tension, et qui est rempli par une volumineuse tumeur s'infiltrant dans la substance blanche au niveau du plancher du carrefour et s'étend en profondeur vers le thalamus. On pratique l'exérèse de la moitié de la tumeur, laissant en place les prolongements en direction des noyaux gris centraux.

SUITES OPERATOIRES :

Hémiplégie droite et aphasie régressant partiellement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.10.74) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : enregistrement de mauvaise qualité. Leur morphologie paraît cependant normale.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	15 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	85 %
MOTS	+	62,5 %	0 %
	±	15 %	7,5 %
	o	22,5 %	92,5 %
PHRASES	+	40 %	0 %
	±	20 %	0 %
	o	40 %	100 %

Observation G51

VOC... Aimé

53 ans

(Anévrysme sylvien gauche rompu. Surdité verbale).

RAPPEL CLINIQUE :

Cet homme de 53 ans présente une hypertension artérielle découverte deux ans auparavant.

Depuis une semaine, il souffre de céphalées frontales, rétro-orbitaires intenses. Puis brutalement, le 22.9.72, présente une aphasie de type sensoriel, sans autre signe neurologique déficitaire.

Le 26.9.72, après un séjour dans le service du Pr. BEL, il est transport  dans le service du Pr. MANSUY.

A l'entrée, est notée une monoplégie brachiale droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche objective un anévrysme de la bifurcation sylvienne gauche et un spasme de l'artère cérébrale moyenne.

INTERVENTION (18.9.72) :

Sacrifice de la pointe du lobe temporal, trace d'hémorrhagie récente sous-arachnoïdienne de la vallée sylvienne. L'anévrysme est disséqué : situé à 1 cm après la bifurcation sylvienne sur la branche supérieure ; un clip est posé au ras du collet.

Il n'y a pas d'hématome intra-cérébral.

EVOLUTION :

Il est réhospitalisé le 18.1.73   la suite de deux crises comitiales sans anomalies paroxystiques à l'E.E.G. Il reste aphasique.

En février 1975 il existe d'incontestables progrès au niveau linguistique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (6.10.72) :

Aphasie globale à prédominance de surdité verbale ; bonne lecture et bonne écriture.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.7.73) : extinction totale sur l'oreille droite.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : asymétrie spectaculaire
puisque'on ne recueille pratiquement pas de P.E.A. face à l'hémisphère gauche.

		:		:	
		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
	+	:	84 %	:	0 %
		:		:	
MOTS	±	:	16 %	:	0 %
		:		:	
	o	:	0 %	:	100 %
		:		:	
		:		:	

Observation G52

WAS... Joseph

27 ans

(Embols (cérébrale antérieure et sylvienne gauches)).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE le 7.11.73.

Il a constitué brutalement, le matin même, une hémiplegie droite sensitivo-motrice avec participation faciale, aphasie globale, sans hémianopsie latérale homonyme, mais s'accompagnant d'une apraxie idéo-motrice.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil n'objective qu'une petite lésion maculaire ancienne.

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent au niveau de la région fronto-temporale gauche.

L'artériographie carotidienne gauche montre :

- un défaut d'imprégnation de la cérébrale antérieure,
- une absence d'imprégnation de plusieurs branches sylviennes,
- des irrégularités de calibre.

L'ensemble était très évocateur d'embols multiples (disparition au contrôle du 8.1.74).

BILAN COMPLEMENTAIRE :

En dépit d'une angiocardioraphie, aucune cause n'a pu être mise en évidence à l'origine de cette pluie d'embols.

L'EVOLUTION

relativement favorable sur le plan moteur puisque la marche peut être reprise avec cependant spasticité importante de l'hémicorps gauche. Sur le plan phasique : pérénisation de l'aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (4.12.73) :

Ce malade présente une aphasie globale grave.

Il n'y a aucun énoncé spontané et il ne peut même pas émettre des voyelles. L'apraxie bucco-faciale est évidente mais plutôt moindre qu'on

ne pourrait craindre (certains gestes linguaux sont conservés).

La compréhension est un peu meilleure que l'expression car une amorce de dialogue est possible. Il peut montrer les objets ou les parties du corps désignés verbalement, mais il ne faut pas proposer des messages trop complexes. Il est alexique (sauf pour les lettres et les chiffres) et agrapnique (il n'a réussi à écrire que son nom de famille, pas son prénom). Il est apraxique : apraxie idéo-motrice même quand on lui montre le geste à exécuter. L'exploration visuelle est bonne.

En somme aphasie globale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : non pratiqué en raison de l'aphasie.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : discrète asymétrie : réponses à peine plus amples face à l'hémisphère droit.

Observation G53

ZAN... Alexandre

54 ans

(Glioblastome pariétal gauche. Exérèse).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. ALLEGRE le 13.6.73, car il vient de présenter une première crise comitiale sensitive partielle du membre supérieur droit, secondairement généralisée.

L'examen clinique est à l'entrée strictement normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent fronto-rolandique gauche et l'écho est dévié de 3 mm de gauche à droite.

L'artériographie carotidienne gauche confirme l'existence d'un processus expansif circonscrit, imprégné, de 5 cm de diamètre, de la région pariétale.

INTERVENTION (26.6.73) Pr. GOUTELLE :

Découvre une volumineuse tumeur kystique intra-parenchymateuse qui adhère à la paroi du ventricule latéral en profondeur. Il est réalisé une exérèse apparemment complète de la tumeur. -- -- -- --

EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE (Pr. TOMMASI) :

Montre qu'il s'agissait d'un glioblastome isomorphe très infiltrant.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par une aphasie et une monoplégie brachiale droite en voie de régression au moment où le malade quitte le service.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (18.7.73) :

Pas de trouble du langage. Il existe une négligence de la main droite qui est astéréognosique. Ne sait ni lire ni écrire (analphabétisme).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE impossible à réaliser .

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

Observation G54

ZIL... Gabriel

63 ans

(Hémi-parésie droite, athérome carotidien - Hypertension artérielle - Sténose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendu souffrant d'une artérite des membres inférieurs. Il est admis dans le service du Pr. LECUIRE car il présente outre des paresthésies hémicorporelles droites transitoires, une hémi-parésie droite sensitivo-motrice, sans aphasie, sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : normal.

L'artériographie carotidienne gauche montre une sténose athéromateuse de la carotide interne à la bifurcation d'environ 50 % et des irrégularités de l'artère cérébrale antérieure ainsi que des branches cérébrales moyennes.

INTERVENTION (3.10.73) :

Tentative d'anastomose occipito-corticale interrompue en raison de difficultés techniques.

DANS LES SUITES :

Le malade présente une aphasie importante, qui dure une semaine avant de disparaître totalement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Pas d'aphasie au moment de l'examen. Peut lire et écrire.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : non pratiqué.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : normaux.

II - OBSERVATIONS DES MALADES N'AYANT
BÉNÉFICIÉ QUE DU TEST
D'ÉCOUTE DICHOTIQUE

Observation G55

ABA... André

38 ans

(Comititalité focalisée depuis trente ans : épendymome pariétal gauche).

RAPPEL CLINIQUE - :

Malade hospitalisé en août 1973 dans le service du Pr. DEVIC : depuis l'âge de 8 ans, c'est-à-dire depuis trente années, il présente une épilepsie motrice partielle du membre supérieur droit, relativement bien jugulée par le traitement, puisque la dernière crise était survenue 8 ans auparavant.

Le 27 juillet 1973 s'installe un déficit moteur qui gagne progressivement l'hémicorps droit.

A l'entrée dans le service il existe :

- une hémiparésie droite,
- une hémihypoesthésie droite,
- sans troubles du langage, sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil: normal.

E.E.G. : ralentissement permanent postérieur gauche.

Artériographie carotidienne gauche : engagement de 1,5 cm de la cérébrale antérieure. La cérébrale moyenne a un aspect convexe vers le haut, dans sa portion postérieure, au niveau d'une lésion hyper-vasculaire évocatrice d'un processus expansif que l'on retrouve de profil dans la région temporo-occipitale, où elle est étendue sur près de 6 cm.

INTERVENTION (20.8.73) Pr. GOUTELLE:

Exérèse d'un épendymome pariétal gauche : "découverte d'une volumineuse tumeur qui affleure le cortex pariétal sous la forme d'un kyste très volumineux, charnue en profondeur, où elle se développe dans le ventricule latéral."

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (9.11.73) : normal à l'exception d'une extinction paradoxale pour les phrases, sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	0 %
MOTS	+	80 %	82,5 %
	±	15 %	12,5 %
	o	5 %	5 %
PHRASES	+	10 %	90 %
	±	30 %	10 %
	o	60 %	0 %

Observation G56

AIT... Aissa

13 ans

(Abcès pariétal postérieur gauche profond).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. LAPRAS, après avoir présenté une crise motrice partielle hémicorporelle droite.

L'examen clinique est normal à l'entrée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement temporal postérieur et occipital gauche.

Scintigraphie cérébrale : zone d'hyperfixation temporo-occipitale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : engagement artériel et veineux de 1 cm. Refoulement vers le bas du tiers postérieur de la péri-calleuse et aspect tendu des branches postérieures de la sylvienne, au contact d'une zone avasculaire de 5 cm de diamètre, dans la région pariéto-occipitale.

INTERVENTION (19.6.75) Pr. LAPRAS :

Volet pariétal postérieur gauche : résection d'un petit opercule cortical à la jonction pariéto-occipitale dans la zone parasagittale. A 3 cm de profondeur, on découvre un tissu lardacé et au milieu, un foyer abcédé. L'abcès ne forme pas une lésion nettement encapsulée, et le tissu scléro-inflammatoire s'étend en profondeur.

LES SUITES OPERATOIRES :

simples, cependant avec persistance d'un ralentissement permanent occipital gauche à l'E.E.G. (22.4.76).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - pré-opératoire (16.5.75) : normal

2 - post-opératoire (15.7.76) : apparition d'une extinction modérée sur l'oreille gauche (réponse paradoxale).

n° 1

		O. G.	O. D.
	+	77,5 %	92,5 %
MOTS	±	15 %	7,5 %
	o	7,5 %	0 %

n° 2

		O. G.	O. D.
	+	25 %	90 %
MOTS	±	15 %	5 %
	o	60 %	5 %

Observation G57

ALL... Marguerite

74 ans

(Séquelles d'accident vasculaire cérébral ischémique du carrefour gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en décembre 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. En août, elle avait présenté, brutalement, une aphasie, sans déficit sensitif ou moteur associé, sans apraxie, sans hémianopsie.

A l'entrée dans le service, on constate que la malade présente un syndrome confusionnel, une jargonaphasie sans trouble de la répétition ; la malade peut lire et écrire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire.

E.E.G. : anomalies intermittentes temporales gauches.

Scintigraphie cérébrale : normale.

La malade quitte le service avec le diagnostic de séquelles d'accident ischémique dans la région du carrefour gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.12.74) : extinction importante sur l'oreille gauche, donc paradoxale.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	10 %	90 %
	-	0 %	0 %
	o	90 %	10 %
MOTS	+	0 %	70 %
	-	20 %	30 %
	o	80 %	0 %
PHRASES	+	0 %	80 %
	-	10 %	20 %
	o	90 %	0 %

Observation G58

ALL... Jacques

66 ans

(Métastase frontale postérieure gauche + métastases pulmonaires).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé le 30.1.76 dans le service du Pr. MANSUY car il a constitué progressivement une hémiparésie brachio-faciale droite avec discrète aphasia d'expression, motrice.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : importantes anomalies fronto-temporales gauches, associant ondes lentes et pointes ondes.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation frontal postérieur gauche, paramédian, intra-parenchymateux.

Artériographie carotidienne gauche : masse expansive, hypervasculaire arrondie, dans la région pré-rolandique gauche.

INTERVENTION (11.2.76) Dr. BRUNON :

Exérèse d'une métastase cérébrale, abcdée du volume d'un petit oeuf, développée au niveau de la partie interne du lobe frontal, au contact de la faux.

SUITES OPERATOIRES :

immédiates simples : régression des troubles phasiques et moteurs, mais révélation de métastases pulmonaires bilatérales (origine du cancer primitif non déterminée.)

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (2.3.76) : extinction importante sur l'oreille gauche, donc paradoxale, (ce qui rend très méfiant en cas de métastases du fait de la fréquence des lésions bilatérales).

		O. G.	O. D.
+		20 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
□		80 %	0 %
+		30 %	72,5 %
MOTS	±	10 %	15 %
□		60 %	12,5 %
+		0 %	100 %
PHRASES	±	0 %	0 %
□		100 %	0 %

Observation G59

ALL... Marie Louise

57 ans

(Ramollissement ischémique sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admise dans le service du Pr. DEVIC, adressée par le service d'urgence de l'Hôpital Edouard Herriot. Il s'agit d'une ancienne malade du service où elle avait fait plusieurs séjours après des accès de vertiges rotatoires qui avaient fait porter le diagnostic de syndrome ménière-riforme.

En février 1974, elle présente des troubles de la marche, régressifs, et surtout une aphasie brutale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

fond d'oeil : normal.

E.E.G. : foyer de souffrance temporal gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer hyperfixant, de type accident vasculaire, temporal gauche.

Artériographie carotidienne gauche : n'apporte pas d'élément en faveur d'une lésion expansive.

La malade quitte le service avec le diagnostic d'accident ischémique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.2.74) : extinction modérée sur l'oreille gauche, donc paradoxale.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	30 %	65 %
	-	0 %	0 %
	o	70 %	35 %

MOTS	+	20 %	55 %
	-	15 %	30 %
	o	65 %	15 %

PHRASES	+	20 %	80 %
	-	0 %	0 %
	o	80 %	20 %

Observation G60

ARN... Jean

44 ans

(Glioblastome temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. SCHOTT en novembre 1976 à la suite de trois crises comitiales. La première est survenue trois mois auparavant : crise motrice partielle du membre supérieur droit, suivie d'une généralisation ; la deuxième et la troisième ont été des crises temporales : suspension du langage, striction thoracique, sans perte de connaissance.

A l'examen, il n'existe aucun signe neurologique déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : objective un ralentissement intermittent localisé à la région temporale antérieure et moyenne gauche. L'écho est dévié de 2 mm vers la droite.

Scintigraphie cérébrale : montre un foyer d'hyperfixation intraparenchymateux, temporal gauche.

Artériographie carotidienne gauche outre un discret engagement artériel, objective une masse hypervasculaire, d'environ 4 cm de diamètre, refoulant la sylvienne et les insulaires en avant sur les incidences de profil. en plein lobe temporal ; l'existence de shunts artério-veineux laisse à penser qu'il s'agit d'une tumeur gliale maligne.

En raison de l'absence de signe neurologique déficitaire, abstention de traitement chirurgical.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.11.76) : normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	87,5 %	85 %
	-	5 %	2,5 %
	o	7,5 %	12,5 %
PHRASES	+	50 %	60 %
	-	20 %	40 %
	o	30 %	0 %

Observation G61

ARN... Marie Louise

53 ans

(Hématome du carrefour gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendue, est hospitalisée le 28.4.74 dans le service du Pr. MANSUY : elle vient de présenter une hémiparésie droite avec hémihypoesthésie droite et aphasie globale, et une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes du croisement.

E.E.G. : ralentissement permanent de la région temporale antérieure gauche. L'écho est dévié de 4 mm de gauche à droite.

L'artériographie carotidienne gauche : processus expansif avasculaire, temporal gauche.

INTERVENTION :

Evacuation d'un hématome intracérébral, du carrefour ventriculaire de la taille d'une grosse mandarine.

EVOLUTION : très favorable des troubles neurologiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.8.74) extinction totale sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	87,5 %	0 %
MOTS	±	2,5 %	0 %
	o	10 %	100 %
	+	90 %	0 %
PHRASES	±	10 %	0 %
	o	0 %	100 %

AUR... Ginette

46 ans

[Méningiome parasagittal frontal postérieur gauche].

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée d'abord au service d'urgence de l'Hôpital Edouard Herriot, puis dans le service du Pr. ALLEGRE. Elle souffre de céphalées d'apparition récente, et surtout elle présente :

- des crises sensitivo-motrices crurales droites suivies de crises partielles braciales droites, conscientes.
- une hémiparésie droite brachio-crurale, respectant la face, sans aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Tous les examens complémentaires confirment qu'il s'agit d'un méningiome parasagittal gauche.

INTERVENTION (10.10.74) Pr. GOUTELLE :

Découverte d'un méningiome qui a la taille d'une prune et qui présente un bourgeon s'infiltrant à l'intérieur du sinus longitudinal supérieur, dans la région frontale postérieure gauche. Exérèse.

SUITES OPERATOIRES :

Simple : discrète aphasie rapidement régressive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.10.74) + post-opératoire : normal.

		O. G.	O. D.
		100 %	100 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
		95 %	90 %
MOTS	+	2,5 %	2,5 %
	-	2,5 %	7,5 %
	o	2,5 %	7,5 %
		70 %	80 %
PHRASES	+	30 %	10 %
	-	30 %	10 %
	o	0 %	10 %

Observation G63 -

BAL... Joseph

51 ans

(Sténose de la carotide interne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé le 3.1.72 dans le service du Pr. DEVIC. Il a présenté trois jours plus tôt une hémiplegie droite avec aphasie. Les troubles moteurs ont rapidement régressé et à l'entrée dans le service est constatée une aphasie globale associée à une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : composante lente permanente temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : sténose très serrée de la carotide interne, intra-pétreuse, permettant cependant une imprégnation du siphon carotidien et d'une partie du réseau sylvien.

Le malade est revu deux ans plus tard : il conserve de gros troubles phasiques, surtout de compréhension, essentiellement de type "surdité verbale".

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.4.74) : extinction totale sur l'oreille droite ; 5 ans après l'accident initial, il persiste une extinction quasi-totale (21.4.77).

n° 1

	:		:	
	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	+	50 %	:	0 %
	:		:	
CHIFFRES	±	0 %	:	0 %
	:		:	
	o	50 %	:	100 %
	:		:	
	:		:	
	+	35 %	:	0 %
	:		:	
MOTS	±	0 %	:	0 %
	:		:	
	o	65 %	:	100 %
	:		:	

n° 2

	:		:	
	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	+	80 %	:	30 %
	:		:	
CHIFFRES	±	0 %	:	0 %
	:		:	
	o	20 %	:	70 %
	:		:	
	:		:	
	+	72,5 %	:	5 %
	:		:	
MOTS	±	17,5 %	:	7,5 %
	:		:	
	o	10 %	:	87,5 %
	:		:	

Observation G64

BAR... Ugo

66 ans

(Ramollissement sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade qui présente un état prédiabétique, une artériopathie des membres inférieurs, hospitalisé le 4.5.75 dans le service du Pr. GIRARD. La nuit même, il a fait une crise temporale avec mâchonnements, désorientation et agitation, suivie d'une aphasie de Wernicke associée à une discrète asymétrie faciale droite, sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes de sclérose vasculaire.

E.E.G. : ralentissement permanent, hémisphérique gauche, avec de plus, des pointes subintrantes temporales moyennes gauches.

Scintigraphie cérébrale (11.4.75) : zone d'hyperfixation modérée, le long du trajet de la sylvienne gauche, de topographie périphérique sur les incidences antéro-postérieures compatible avec le diagnostic d'accident vasculaire ischémique dans ce territoire.

Artériographie carotidienne gauche : n'objective qu'un engagement artériel et veineux de 5 mm.

Le malade quitte le service avec le diagnostic de ramollissement sylvien gauche. Il est revu en consultation : amélioration progressive des troubles du langage, mais apparition d'une épilepsie temporale séquellaire, avec absences, hallucinations olfactives, automatismes gestuels.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (20.5.75 et 23.6.75) : provoque de très nombreuses paraphasies, mais les performances de l'oreille gauche sont cependant inférieures à celles de l'oreille droite.

n° 1

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	50 %	60 %
	±	0 %	0 %
	o	50 %	40 %
MOTS	+	17,5 %	42,5 %
	±	25 %	20 %
	o	57,5 %	37,5 %
PHRASES	+	20 %	10 %
	±	30 %	60 %
	o	50 %	30 %

n° 2

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	70 %	80 %
	±	0 %	0 %
	o	30 %	20 %
MOTS	+	12,5 %	30 %
	±	50 %	47,5 %
	o	37,5 %	22,5 %
PHRASES	+	20 %	30 %
	±	30 %	30 %
	o	50 %	40 %

Observation G65

BEG... Marcelle

57 ans

(Hémorragie cérébro-méningée).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hypertendue, hospitalisée en juin 1973 dans le service du Pr. GIRARD. Elle présente une hémiplégie droite d'apparition brutale, massive, avec hémihypoesthésie, sans aphasie ni hémianopsie. La ponction lombaire confirme qu'il s'agit d'une hémorragie cérébro-méningée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes du croisement.

E.E.G. : discrètes anomalies lentes très intermittentes, temporales gauches.

L'artériographie carotidienne gauche n'objective qu'un déroulement de la péricalleuse.

Gammagraphie : hyperactivité hémisphérique gauche (diffuse hématome intra-cérébral probable).

EVOLUTION : régression des troubles moteurs surtout au membre inférieur.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (9.7.73) : extinction modérée sur l'oreille gauche. Il s'agit d'une réponse paradoxale.

		O. G.	O. D.
(CHIFFRES	+	50 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	50 %	0 %
(MOTS	+	35 %	67,5 %
	±	5 %	10 %
	o	60 %	22,5 %
(PHRASES	+	0 %	40 %
	±	40 %	40 %
	o	60 %	20 %

BEL... Emile

47 ans

(Syndrome pariétal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Malade hospitalisé le 18.11.70 dans le service du Pr. GIRARD. Il s'agit d'un hypertendu gaucher qui a présenté brutalement le 30.10.70 une perte de connaissance suivie d'une hémiplégie droite régressive en une semaine.

A l'entrée, il persiste des troubles du schéma corporel avec impression d'amputation de l'hémicorps droit et l'examen objective une hémianesthésie et de gros troubles phasiques, essentiellement d'expression, s'accompagnant d'une alexie littérale et d'une agraphie. Le calcul est relativement épargné. Il n'y a ni apraxie, ni hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : exsudations, signes du croisement.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes intermittentes pariéto-temporo-occipital gauche.

Artériographie carotidienne gauche : athérome non sténosant de la carotide interne au niveau de la bifurcation.

2° - Le malade est réhospitalisé en février 1973 à la suite d'une crise comitiale généralisée. Il n'a plus aucun trouble du langage, mais on observe une astéréognosie de la main droite, une agnosie digitale, une difficulté pour écrire (paragraphies littérales), une difficulté à manier les chiffres, sans indistinction droite-gauche. Il n'y a pas d'agnosie des couleurs, des images, des physionomies.

L'E.E.G. ne montre que des discrètes modifications temporales gauches au cours de l'hyperpnée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.3.73) : réponse paradoxale : extinction importante sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
	+	70 %	70 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	30 %	30 %
	+	10 %	62,5 %
MOTS	±	17,5 %	17,5 %
	o	72,5 %	20 %
	+	0 %	90 %
PHRASES	±	0 %	10 %
	o	100 %	0 %

Observation G67

BER... Jacques

45 ans

(Hémiplégie droite + aphasie. Etiologie ? Hypoplasie de la carotide interne extra-crânienne).

RAPPEL CLINIQUE :

Ethylique chronique hospitalisé le 14.5.74 dans le service du Pr.MANSUY ; deux semaines plus tôt, se sont installées après une perte de connaissance, une hémiplégie droite et une aphasie.

A l'entrée, l'examen clinique objective une hémiparésie droite, une hémianesthésie droite, une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement centro-temporal gauche.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne gauche : hypoplasie de la carotide interne dans tout son trajet extra-crânien jusqu'au canal carotidien.

P.E.G. : permet d'éliminer toute arrière pensée de processus néoformatif, mais objective l'existence d'une atrophie corticale modérée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (28.5.74) :

Le malade reste confus, mais il n'y a pas de trouble proprement linguistique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (21.5.74) et (28.5.74) : montre à deux reprises une extinction importante sur l'oreille droite.

n° 1

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	65 %	30 %
	-	0 %	0 %
	o	35 %	70 %
MOTS	+	60 %	15 %
	-	20 %	17,5 %
	o	20 %	67,5 %
PHRASES	+	70 %	10 %
	-	10 %	10 %
	o	20 %	80 %

n° 2

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	70 %	55 %
	-	0 %	0 %
	o	30 %	45 %
MOTS	+	90 %	40 %
	-	7,5 %	20 %
	o	2,5 %	40 %
PHRASES	+	80 %	10 %
	-	10 %	10 %
	o	10 %	80 %

Observation G68

BER... Joséphine

65 ans

(Ramollissement sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en février 1972 dans le service du Pr. GIRARD. Elle a constitué brutalement une hémiplégie droite brachio-faciale associée à une apraxie et à une aphasie globale, traduisant un ramollissement sylvien gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : objective un important foyer d'ondes lentes fronto-temporal gauche.

Un an plus tard, elle revient dans le service : il persiste une hémiparésie droite sensitivo-motrice brachio-faciale avec des paresthésies hémicorporelles droites ; l'examen objective toujours de gros troubles phasiques, surtout d'expression, avec apraxie bucco-faciale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (17.4.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

On obtient de nombreuses répétitions des messages gauches, mais restitués sous forme de paraphasies.

(	:	:	:	)
(	:	O. G.	:	O. D.
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	+	:	60 %	:
(	:	:	:	10 %
(	:	:	:	)
(	CHIFFRES	+	:	20 %
(	:	:	:	:
(	:	:	:	0 %
(	:	:	:	)
(	o	:	20 %	:
(	:	:	:	90 %
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	+	:	37,5 %	:
(	:	:	:	12,5 %
(	:	:	:	)
(	MOTS	±	:	37,5 %
(	:	:	:	15 %
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	o	:	25 %	:
(	:	:	:	72,5 %
(	:	:	:	)

Observation G69

BIL... Jeanne

74 ans

(Oligodendrogliome grade I de la vallée sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en février 1973 dans le service du Pr. DEVIC.
En quatre mois, progressivement, se sont installées :

- une anarthrie,
- une hémiparésie droite avec participation faciale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ralentissement fronto-temporal antérieur gauche.

Scintigraphie cérébrale : hyperfixation homogène se projetant
au niveau de la région temporo-pariétale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : engagement veineux et proces-
sus expansif hypervasculaire, en pleine vallée sylvienne.

INTERVENTION (28.2.73) Pr. FISCHER :

Découverte d'une tumeur violacée, recouvrant le cerveau, située
en regard de la berge postérieure de la vallée sylvienne, et au niveau de
la portion inférieure de la circonvolution rolandique que l'on parvient à
isoler. Cette tumeur a le volume d'une noix. Sa base d'implantation est floue,
et s'infiltré en direction de l'insula.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Oligodendrogliome grade I.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (20.2.73, pré-opératoire) :

La malade se dit un peu améliorée sur le plan de l'expression, mais
il n'en reste pas moins qu'on constate une anarthrie, alors qu'il n'y a aucun
trouble linguistique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.2.73) : extinction importante sur
l'oreille droite ; il existe même une extinction totale pour les phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	60 %	76 %
	±	0 %	0 %
	o	40 %	24 %
MOTS	-	50 %	30 %
	±	22,5 %	10 %
	o	27,5 %	60 %
PHRASES	+	100 %	10 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	90 %

Observation G70

BLA... Madeleine

59 ans

(oblitération de la cérébrale postérieure gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

A de nombreux antécédents pathologiques, lorsqu'elle est admise dans le service du Pr. GIRARD en septembre 1973 : thyroïdectomie pour maladie de Basedow, syndromes dépressifs à rechutes, maladie de Parkinson connue depuis 1957, diabète, hyperlipidémie et hypertension artérielle.

Elle présente actuellement : une hémianesthésie droite et une hémianopsie latérale homonyme droite, sans aphasie ni déficit moteur.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : rétinopathie diabétique.

E.E.G. : normal.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation occipital gauche, parasagittal.

Artériographie par technique de Seldinger, outre un athérome de la bifurcation carotidienne droite, de l'artère sous-clavière gauche, objective une oblitération de type athéromateux de la cérébrale postérieure gauche, à environ 1 cm de son origine.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.10.73) :

La malade ne présente pas d'alexie pour les lettres ni pour les syllabes, ni pour les mots. Au niveau de la phrase, l'échec est fréquent mais l'hémianopsie latérale homonyme droite et le défaut de balayage y sont pour beaucoup.

Il n'y a pas d'erreur pour les couleurs, les visages, les objets.

Le geste graphique est correct, mais la répartition spatiale est très mauvaise.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.10.73) : normal.

		O. G.	O. D.
+		100 %	35 %
CHIFFRES	+	0 %	5 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		90 %	82,5 %
MOTS	+	5 %	15 %
	-	5 %	2,5 %
	o		
+		50 %	80 %
PHRASES	+	20 %	10 %
	-	30 %	10 %
	o		

Observation G71

BO... Hélène

69 ans

(Thrombose de la carotide interne droite
Sténose de la carotide interne gauche)

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est hospitalisée le 31.12.72 dans le service du Pr. MANSUY. Il s'agit d'une droitière, qui a constitué brutalement une hémiparésie droite, motrice, avec participation faciale, suivie de troubles de la déglutition, de la phonation et de la respiration de type pseudo-bulbaire, sans aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : d'abord normal, puis secondairement apparaissent des ondes lentes fronto-temporales gauches intermittentes.

Le bilan angiographique confirme l'étiologie vasculaire des troubles neurologiques :

1 - Artériographie carotidienne gauche : sténose athéromateuse à 50 % de la bifurcation carotidienne, avec imprégnation spontanée du système carotidien intracrânien droit.

2 - Artériographie carotidienne droite : oblitération complète de la carotide interne, le siphon étant revascularisé de façon très minime, à contre-courant, par l'artère ophtalmique.

3 - Sténose à 30 % de l'artère vertébrale droite.

EVOLUTION régressive des troubles moteurs.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.4.73-) : extinction importante sur l'oreille gauche, qui reflète une ischémie probable dans le territoire temporal droit, passée inaperçue cliniquement.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	40 %	100 %
	-	10 %	0 %
	o	50 %	0 %
MOTS	+	15 %	60 %
	-	32,5 %	17,5 %
	o	52,5 %	22,5 %
PHRASES	+	30 %	60 %
	-	40 %	30 %
	o	30 %	10 %

Observation G72

BOU... Josiane

42 ans

(Astrocytome fronto-temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade est admise le 10.9.73 dans le service du Pr. MANSUY. Depuis six ans, elle présente des crises motrices partielles de l'hémicorps droit, qui depuis trois mois se généralisent. L'examen neurologique est normal à l'entrée, mais la malade et son entourage signalent l'apparition récente de discrets troubles phasiques à type de manque du mot.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes intermittentes, fronto-temporal gauche

Artériographie carotidienne gauche : de face il existe un engagement artériel de 1 cm, et un engagement veineux moins marqué. La cérébrale moyenne, surtout dans sa portion la plus postérieure, est refoulée vers la ligne médiane. De profil, les branches cérébrales moyennes sont refoulées en avant, et il existe une image d'imprégnation, fronto-temporale.

INTERVENTION (19.9.73) Pr. FISCHER :

Exérèse d'un astrocytome grade I fronto-temporal gauche : incision dans la région du pli fronto-temporal : on découvre une tumeur dont l'exérèse peut être réalisée de façon aussi complète que possible au niveau de la pointe du lobe temporal, du pli fronto-temporal, de la région frontale postéro-inférieure. Cette tumeur remonte assez haut, surplombant le lobe de l'insula qui est intact.

SUITES OPERATOIRES :

Hémi-parésie droite et aphasie régressives.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (1.10.73) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : extinction modérée sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
+		100 %	85 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	15 %
+		87,5 %	65 %
MOTS	±	12,5 %	15 %
	o	0 %	20 %
+		60 %	20 %
PHRASES	±	30 %	30 %
	o	10 %	50 %

Observation G73

BOU... Claude

18 ans

(Angiome corps ventriculaire gauche. Evolution vers un syndrome d'hydrocéphalie à basse pression).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admis le 15.4.75 dans le service du Pr. MANSUY pour un syndrome d'hémorragie méningée sans signe de localisation clinique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : normal.

Artériographie par technique de Seldinger : le cathétérisme de la carotide gauche met en évidence une malformation vasculaire, d'aspect angiomateux, de 1 cm de diamètre, située au niveau de la paroi supéro-externe du ventricule latéral, alimentée par l'artère pré-rolandique.

INTERVENTION (n° 1) 26.4.75 : Pr. FISCHER : (après installation brutale d'une hémiplegie droite, le jour même accompagnée de troubles de conscience.

Incision corticale en avant de la veine rolandique, qui permet d'accéder à un énorme hématome intra-cérébral, rompu dans le ventricule ; après évacuation, exérèse de l'angiome situé dans la paroi supéro-externe du corps ventriculaire gauche (corne frontale).

Dans les suites, apparaît un trouble à expression motrice hémicorporel gauche (apraxie unilatérale ?) associé à des troubles de conscience qui persistent.

Une encéphalographie gazeuse est faite le 5.6.75 qui objective une dilatation ventriculaire majeure, confirmant l'évolution vers un syndrome d'hydrocéphalie à basse pression, et conduisant à une deuxième intervention :

INTERVENTION (n° 2) 9.6.75 : Dr. BRUNON :

Dérivation ventriculo-atriale par valve de Hakim moyenne pression qui ne modifie pas immédiatement la symptomatologie faite d'un syndrome de mutisme akinétique : en novembre 1975, le malade peut parler, mais la compréhension est très altérée. L'E.E.G. objective un ralentissement fronto-temporal gauche.

Revu en septembre 1976, il peut parfaitement marcher, parler lire, écrire et compter. Les séquelles sont uniquement marquées par un comportement de type frontal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.9.76) : pratiqué après la seconde intervention :

Extinction quasi-totale sur l'oreille gauche de type paradoxal.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	20 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	80 %	0 %
MOTS	+	2,5 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	97,5 %	0 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

BOU... Odette

38 ans

(Oblitération - embolique - de la carotide interne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

N'a aucun antécédent pathologique. On a cependant la notion d'un traitement oestroprogestatif au moment où elle est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC, car elle vient de constituer brutalement une aphasie isolée, le 21.10.75.

A l'entrée, la compréhension est très altérée, la parole spontanée rare et la dénomination impossible.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Champ visuel : normal.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération complète de type embolique, de la carotide interne, sans réinjection sus-jacente.

INTERVENTION (25.10.75) Pr. GOUTELLE :

Embolectomie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (31.10.75) :

Pratiqué au moment où s'amorce une récupération : l'énoncé spontané est à peu près normal, mais malgré l'apparence d'un dialogue facile, on perçoit encore un déficit de la compréhension pour les phrases ambiguës ou complexes. Le manque du mot est net lors des épreuves de désorientation un peu difficiles (par exemple pour les noms des personnages célèbres). On relève quelques rares paraphasies phonémiques. La lecture est bonne, mais il existe une gêne à écrire les phrases, alors qu'il n'y a pas à proprement parler de paraphasie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille droite le 4.11.75.

le 24.2.76 : alors qu'il n'y a plus aucun trouble phasique, il persiste une extinction importante sur l'oreille droite, encore plus marquée pour les phrases.

n° 1

		O. G.	O. D.
	+	100 %	30 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	70 %
	+	97,5 %	0 %
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
	o	0 %	97,5 %
	+	100 %	0 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %

n° 2

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	95 %	25 %
MOTS	±	5 %	15 %
	o	0 %	60 %
	+	90 %	0 %
PHRASES	±	10 %	10 %
	o	0 %	90 %

Observation G75

B... Georges

70 ans

(accident vasculaire ischémique dans le territoire sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Fumeur, hospitalisé en mars 1975 dans le service du Pr. DEVIC, deux semaines après un accident vasculaire cérébral, de type ischémique, ayant comporté au début, un déficit moteur à topographie strictement chéiro-orale droite et une aphasia d'expression.

à l'entrée, dans le service, seuls des troubles de la déglutition ont été notés.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

Il n'a pas été fait d'E.E.G.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (15.3.75) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : n'a montré que des performances très moyennes, sans spécificité pour un hémisphère ou pour l'autre.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	65 %	55 %
	;		
	±	15 %	10 %
	o	20 %	35 %

MOTS	+	60 %	50 %
	;		
	±	25 %	20 %
	o	15 %	30 %

PHRASES	+	40 %	50 %
	;		
	±	40 %	40 %
	o	20 %	10 %

Observation G76

BRA... Henri

68 ans

(Accident vasculaire cérébral dans le territoire sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Porteur d'une épilepsie temporale avec foyer électrique gauche, connue depuis 25 ans, est hospitalisé en janvier 1973 dans le service du Pr. GIRARD à la suite de l'installation brutale d'une aphasie avec apraxie bucco-faciale et d'un discret déficit moteur brachio-facial droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artériosclérose banale.

Champ visuel : normal.

E.E.G. : ralentissement important permanent de la région temporale moyenne gauche, ainsi que de rares pointes-ondes à ce niveau.

Gammagraphie : normale.

Artériographie carotidienne gauche : il existe des signes diffus d'athérome, particulièrement au niveau du siphon carotidien, de la cérébrale antérieure, de la temporale postérieure qui est pratiquement oblitérée.

EVOLUTION :

Amélioration des troubles phasiques, mais évolution progressive vers un syndrome pseudo-bulbaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (20.2.73) :

Aphasie globale. La lecture est possible, mais le malade est tout à fait agraphique. Il s'agit donc d'une aphasie de Wernicke à laquelle s'ajoute une acalculie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (1.10.73): extinction importante sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	70 %	25 %
(CHIFFRES	+	10 %	5 %
	-		
	o	20 %	70 %
	+	32,5 %	7,5 %
(MOTS	+	47,5 %	25 %
	-		
	o	20 %	67,5 %
	+	10 %	10 %
(PHRASES	+	60 %	20 %
	-		
	o	30 %	70 %

Observation G77

BUF... Jean

40 ans

(Hématome intra-temporal gauche, post-traumatique).

RAPPEL CLINIQUE :

Ethylique chronique, épileptique, est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY trois jours après un traumatisme crânien. Il présente une hémiplégie droite, sensitivo-motrice, à prédominance crurale et de petits troubles du langage.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. ne montre que de discrètes modifications temporales gauches contrastant avec une déviation de 3 mm de l'écho vers la droite.

INTERVENTION (19.10.76) Dr. SINDOU :

Evacuation d'un hématome intra-temporal gauche : le pôle frontal est intact au niveau de l'aire de Broca. Le pôle temporal est contus en avant du confluent veineux temporal antérieur.

La résection du cortex du pôle temporal permet la découverte de l'hématome. En dedans, en réclinant T4 et T5, on peut voir le bord libre de la tente du cervelet. En arrière, on se trouve en présence de la corne temporale.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par un délirium tremens, mais l'évolution ultérieure est favorable avec disparition des signes neurologiques déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (16.11.76) :

Le malade reste confus, ce qui rend l'examen hasardeux, d'autant que le niveau culturel est des plus bas : le malade sait tout juste lire, écrire, compter.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (1.3.77) : extinction sur l'oreille droite, prédominant pour les phrases, avec de nombreuses réponses paraphasiques.

		O. G.	O. D.
	+	60 %	40 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	40 %	60 %
	+	65 %	27,5 %
MOTS	±	30 %	42,5 %
	o	5 %	30 %
	+	80 %	0 %
PHRASES	±	20 %	30 %
	o	0 %	70 %

Observation G78

BUT... Maxime

49 ans

(Accidents vasculaires à répétition. Etiologie embolique probable).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé pour la première fois dans le service du Pr. GIRARD en 1969, à l'âge de 43 ans. C'est à l'âge de 34 ans qu'a commencé l'histoire de sa maladie : hémiparésie droite avec aphasie (1960). En 1961 il fait un épisode d'amnésie transitoire ; en 1968, surviennent une agraphie et une acalculie transitoires. En août 1969, l'examen clinique objective un hémisyndrome cérébelleux gauche, et un signe de Babinski bilatéral, mais l'angiographie par technique de Seldinger ne montre aucune lésion des pédicules encéphaliques. Par contre, on découvre une myocardiopathie, qui fait retenir une étiologie embolique.

Sous traitement anticoagulant, rien ne se produit jusqu'au 14.3.75 : le malade présente un nouvel épisode ischémique caractérisé par un déficit surtout sensitif, hémicorporel droit avec importante aphasie motrice, sans apraxie ni hémianopsie. Il peut lire aisément, écrire de la main gauche, reconnaître les couleurs.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et E.E.G. : normaux.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.3.75) : extinction totale sur l'oreille gauche. Il s'agit très vraisemblablement d'une lésion droite ancienne, passée inaperçue.

		O. G.	O. D.

[CHIFFRES	+	0 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
[MOTS	+	0 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	100 %	5 %

Observation G79

CA... Pierre

51 ans

(Thrombose de la cérébrale postérieure gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY, puis dans le service du Pr. DEVIC : il présente des antécédents d'insuffisance coronarienne, et son admission est motivée par une succession d'épisodes confusionnels suivis d'amnésie. L'examen d'entrée objective une hémianopsie latérale homonyme droite, qui va ensuite partiellement régresser, laissant subsister une hémianopsie quadrantale inférieure homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : initialement : discrètes ondes lentes temporales gauches qui vont totalement disparaître.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne gauche : normale.

Artériographie humérale gauche : oblitération de l'artère cérébrale postérieure gauche à 2 cm de son origine.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (12.6.74) : normal.

Observation G80

CAL... René

48 ans

(Oblitération de l'artère sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé le 11.5.76 dans le service du Pr. LECUIRE ; il a constitué brutalement une hémiparésie droite et une aphasie, associées à des troubles mnésiques. A l'entrée, le déficit moteur a déjà régressé puisque ne persiste qu'une paralysie faciale centrale droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement central et temporal gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération de l'artère cérébrale moyenne, 2 cm après le T carotidien, avec amputation des branches insulaires et pariétales postérieures, tandis que sur les temps tardifs existe une vascularisation rétrograde du territoire sylvien par des anastomoses corticales issues de la cérébrale antérieure.

INTERVENTION (17.6.76) Dr. DERUTY :

Anastomose extra-intracrânienne.

SUITES OPERATOIRES :

Simple et évolution lentement régressive des troubles phasiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - à trois reprises, avant l'intervention, il existe une extinction importante sur l'oreille droite.

2 - ultérieurement (après l'intervention) amélioration des performances de l'oreille droite, au prix d'une discrète diminution de celles de l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	100 %	97,5 %
	-	0 %	2,5 %
	o	0 %	0 %
PHRASES	+	90 %	100 %
	-	10 %	0 %
	o	0 %	0 %

		O. G.	O. D.
	+	80 %	10 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	20 %	90 %
	+	68 %	7,5 %
MOTS	±	18 %	7,5 %
	o	14 %	85 %
	+	90 %	0 %
PHRASES	±	10 %	0 %
	o	0 %	100 %

		O. G.	O. D.
	+	85 %	15 %
MOTS	±	0 %	0 %
	o	15 %	85 %

		O. G.	O. D.
	+	80 %	20 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	20 %	80 %
	+	85 %	12,5 %
MOTS	±	10 %	12,5 %
	o	5 %	75 %
	+	100 %	0 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %

		O. G.	O. D.
	+	50 %	50 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	50 %	50 %
	+	50 %	27,5 %
MOTS	±	30 %	30 %
	o	20 %	42,5 %
	+	60 %	0 %
PHRASES	±	30 %	40 %
	o	10 %	60 %

(post-opératoire).

Observation G81

CEL... Marie Thérèse

40 ans

(Hémiplégie droite brachio-faciale + anarthrie. Oblitération sylvienne gauche régressive).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre le 26.4.76 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Elle a constitué la veille, une hémiplégie droite à prédominance brachio-faciale, sans troubles sensitifs, associée à une anarthrie. Le seul élément d'orientation clinique est constitué par la prise de contraceptifs oraux.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : ralentissement temporel gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération de l'artère sylvienne, juste en aval de la naissance des lenticulo-striées, avec imprégnation tardive à contre-courant du réseau sylvien par des anastomoses issues surtout de la péricalleuse.

EVOLUTION : rapidement régressive des signes neurologiques déficitaires, tant moteurs que phasiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (7.5.76) :

Il s'agit d'une anarthrie, évoluant sur le mode d'une dysarthrie avec désintégration phonétique, de type avant tout hypotonique. La malade comprend, lit et écrit (de la main gauche).

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.4.76) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite, qui disparaît totalement avec normalisation du test 6 jours plus tard.

Observation G82

CHA... Adrien

50 ans

(Sténose sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

N'a aucun antécédent pathologique particulier, lorsqu'il est hospitalisé le 20.10.70 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT.

Deux jours plus tôt, après une perte de connaissance brève, se sont révélées une hémiplégie droite avec participation faciale, associée à une hémianesthésie droite, une aphasie globale et une hémianopsie latérale homonyme droite, traduisant un ramollissement sylvien gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : très important foyer d'ondes lentes, polo-pariéto-temporal gauche. L'écho est en place.

Gammagraphie : foyer d'hyperfixation dans la région fronto-temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche :

- aspect rétréci de la sylvienne sur 1 cm en amont de sa bifurcation.
- engagement artériel de 1 cm alors que l'engagement veineux est beaucoup moins marqué.
- enfin, sur les incidences de profil, il existe une zone avasculaire, dans la région frontale postérieure.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

a) le 13.11.70 : aphasie globale, sans apraxie bucco-faciale, avec alexie, mais sans agraphie car le malade est capable d'écrire son nom, d'écrire des chiffres de la main gauche.

b) le 16.11.76 : six ans après l'accident initial, l'énoncé spontané est de type Broca, réduit généralement à un mot bien choisi. L'articulation et la voix sont de bonne qualité, encore qu'il y ait de nombreuses paraphasies phonémiques. La compréhension est absolument normale.

Le patient lit et écrit.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.11.76) : extinction modérée sur l'oreille droite.

	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	+	87,5 %	:	42,5 %
	:		:	
MOTS	+	12,5 %	:	22,5 %
	:		:	
	o	0 %	:	35 %
	:		:	
	:		:	

Observation G83

CHA... Françoise

39 ans

(Hématome du carrefour gauche ?)

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée le 2.1.74 dans le service du Pr. MANSUY pour un syndrome d'hémorragie méningée, sans signe de localisation clinique, confirmé par la ponction lombaire. A l'entrée dans le service, elle présente déjà des périodes de confusion et des troubles mnésiques, associés à des modifications de l'humeur (sentiment de dévalorisation, désir d'autolyse, pleurs).

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil : normal.

E.E.G. (3.1.74) : objective un ralentissement important, permanent, temporal postérieur et occipital droit au début ; puis les anomalies focalisées disparaissent au profit d'un ralentissement global, alors qu'apparaît une déviation de l'écho de 3 mm vers la droite.

Un bilan angiographique est pratiqué, à la recherche d'une malformation vasculaire :

- artériographie carotidienne droite : normale

- artériographie carotidienne gauche : normale

- artériographie humérale gauche : montre du côté gauche, une zone hypervasculaire au niveau de laquelle est discuté un drainage veineux précocé en direction de l'ampoule de Galien, mais ceci sans certitude. De profil, cette zone hypervasculaire se projette au niveau du tiers moyen de la cérébrale postérieure, un peu au-dessous d'elle, à l'aplomb de la naissance des artères choroïdiennes postérieures et de face, elle se projette juste en arrière de la portion péripédonculaire de la cérébrale postérieure gauche.

Cette image posant le problème d'un angiome ou d'une tumeur de la région thalamique,

une encéphalographie gazeuse est pratiquée : elle montre une image d'amputation du carrefour ventriculaire gauche, au niveau de son plancher ;

Le diagnostic hésitant entre hématome ou tumeur intra ou juxta-ventriculaire, thalamo-occipitale gauche, gammagraphie et scintigraphie cérébrale étant normales, une intervention est pratiquée.

INTERVENTION (5.2.74) Dr. SINDOU :

Volet occipital gauche. Dans un premier temps on explore tout d'abord le bord libre de la tente du cervelet, dans un second temps la région pinéale : aucune lésion n'y est vue. On note l'existence d'une veine artériolisée au niveau de la face interne du lobe occipital, à 2 cm en arrière du bourrelet du corps calleux. On décide alors d'explorer le carrefour ventriculaire : incision coagulante du cortex à la partie postéro-externe du lobe occipital, verticale, d'environ 4 cm de haut. A 4 cm de profondeur, on trouve la paroi postéro-externe du carrefour ventriculaire. Il y existe des caillots en voie de résorption. Après ablation, on constate à ce niveau une effraction de l'épendyme et au-dessous, un infarctus parenchymateux de 1,5 cm² de surface. Une biopsie y est effectuée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

ne montre ni signes tumoraux ni signes d'angiome.

LES SUITES OPERATOIRES : sont troublées par :

- un état confusionnel avec importants troubles de mémoire,
- une hémianopsie latérale homonyme droite,
- un syndrome dépressif.

qui persistent encore un an plus tard.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) normal à deux reprises (21.2.74 et 29.4.74).

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	85 %	75 %
	-	10 %	15 %
	o	5 %	10 %
MOTS	+	70 %	65 %
	-	20 %	15 %
	o	10 %	20 %

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	95 %	97,5 %
	-	5 %	2,5 %
	o	0 %	0 %
PHRASES	+	100 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %

CHE... Roger

40 ans

(contusion temporale bilatérale, prédominant à gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre dans le service du Pr. MANSUY en octobre 1973 : il présente un état sub-comateux post-traumatique, sans signe de localisation clinique, mais l'écho est dévié de 1 cm vers la droite. Il est rapidement opéré après angiographie carotidienne gauche.

INTERVENTION (4.10.73) Pr. FISCHER :

Il existe un foyer de contusion hémorragique du lobe temporal gauche, associé à une lame d'hématome sous-dural. Exérèse à minima des tissus contus dans la région temporale antérieure.

LES SUITES OPERATOIRES : sont très simples.

L'E.E.G. du 10.12.73 met en évidence :

- d'une part une composante lente, temporale antérieure gauche
 - d'autre part des bouffées d'ondes lentes hémisphériques droites.
- traduisant l'existence probable de deux foyers contusionnels.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.10.73) : normal.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	90 %	75 %
	±	10 %	10 %
	o	0 %	15 %
MOTS	+	92,5 %	82,5 %
	±	7,5 %	10 %
	o	0 %	7,5 %
PHRASES	+	50 %	30 %
	±	30 %	50 %
	o	20 %	20 %

Observation G85

CLA... Jean Baptiste

63 ans

(Thrombose de la cérébrale postérieure gauche. Alexie sans agraphie. Anomie des couleurs).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 11.9.73 dans le service du Pr. GIRARD. Un an plus tôt ont été découverts, lors d'une hospitalisation à Paray le Monial, une hypertension artérielle qui a bien réagi au traitement symptomatique puisque les chiffres tensionnels ont été notés à 120/90 à l'entrée, et un diabète traité aux hypoglycémifiants oraux.

L'admission dans le service est motivée par une symptomatologie d'allure dépressive s'étant installée peu après la découverte de son hypertension artérielle et de son diabète. Depuis, le malade présente des signes d'apraxisme, est sans force, reste inexpressif, ne lit plus le journal et n'écoute plus la radio.

Le premier examen à l'entrée confirme ces symptômes mais l'attention est attirée par la découverte d'une hémianopsie latérale homonyme droite, sans autre signe déficitaire apparent ;

Un second examen plus poussé permet d'affirmer qu'en fait le patient présente une alexie sans agraphie et une anomie des couleurs. Il n'y a aucun déficit moteur ou sensitif associé.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : rétinopathie diabétique avec quelques micro-anévrysmes et hémorragies surtout à gauche.

E.E.G. : normal.

Scintigraphie cérébrale : également normale.

Artériographie carotidienne gauche (25.8.73) visualise, en l'absence d'autre lésion, une interruption brutale de la cérébrale postérieure naissant d'une volumineuse artère communicante postérieure, 4 cm après son origine.

L'artériographie humérale gauche (11.10.73) ne permet aucune opacification de l'artère cérébrale postérieure gauche, par le produit de contraste.

L'ensemble du bilan angiographique confirme donc la thrombose de la cérébrale postérieure gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (2.10.73) extinction sélective sur l'oreille gauche, pour les phrases, inexplicable, les chiffres et les mots étant perçus de façon symétrique.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	5 %
MOTS	+	80 %	80 %
	±	5 %	5 %
	o	15 %	15 %
PHRASES	+	0 %	80 %
	±	0 %	20 %
	o	100 %	0 %

Observation G86

CLO... Pierre

47 ans

(Oligodendrogliome grade III temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre le 26.1.73 dans le service du Pr. GIRARD. 5 mois auparavant le malade a présenté un trouble de conscience avec coma de 9 heures et plusieurs crises comitiales généralisées suivies d'une période confusionnelle de 4 jours. Le bilan hospitalier n'avait mis en évidence aucune anomalie.

Actuellement, il souffre de céphalées hémicrâniennes gauches et l'examen clinique objective une hémianopsie latérale homonyme droite en quadrant supérieur sans autre signe déficitaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire gauche.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes, temporal moyen gauche.

artériographie carotidienne gauche :

- de face : engagement artériel et veineux de 1,5 cm. Refoulement en haut et en dedans de la cérébrale moyenne et de la choroïdienne antérieure.
- de profil : refoulement en avant des insulaires et de tout le groupe sylvien et image hypervasculaire, tumorale, à limite floue, d'environ 5 cm de diamètre, se projetant autour de la région sellaire.

INTERVENTION (2.2.73) Pr. LAPRAS :

Exérèse d'un oligodendrogliome grade III : "le lobe temporal gauche est très tendu ; exérèse de la pointe. On arrive en profondeur sur une tumeur charnue adhérent à la dure-mère de la base temporale. L'exérèse conduit dans la région sous-temporale, mais on ne dépasse pas le plan des veines temporales moyennes. La corne temporale est ouverte ; la région de l'hippocampe n'est pas touchée.

Dans les suites immédiates, le malade présente une hémiparésie droite surtout brachiale, et de discrets troubles phasiques.

Le 16.10.73 : il est à nouveau hospitalisé. L'hémiparésie droite s'est aggravée. Le malade se plaint d'un manque du mot et la campimétrie montre qu'il y a maintenant une hémianopsie latérale homonyme droite totale.

19.12.73 : poursuite de l'aggravation : hémiparésie droite sensitivo-motrice et aphasie motrice.

Abstention de traitement chirurgical.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (une semaine après l'intervention)

(9.2.73) : extinction importante sur l'oreille droite.

		C. G.	O. D.

CHIFFRES	+	100 %	40 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	60 %
MOTS	+	70 %	17,5 %
	±	10 %	10 %
	o	20 %	72,5 %
PHRASES	+	50 %	10 %
	±	20 %	30 %
	o	30 %	60 %

Observation G87

COE... Pierre

47 ans

(Hématome temporal postérieur gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Ambidextre, entre dans le service du Pr. MANSUY le 23.3.74 : il présente depuis une semaine des troubles phasiques avec manque du mot et rares paraphasies, sans autre signe neurologique déficitaire. Le bilan paraclinique a été pratiqué à l'Hôpital de Villefranche : l'E.E.G. ayant montré un foyer d'ondes lentes temporales gauche et l'artériographie carotidienne gauche une lésion expansive avasculaire temporale.

INTERVENTION (29.3.74) Pr. FISCHER :

Evacuation d'un volumineux hématome temporal postérieur gauche : à la verticale du conduit auditif externe, le cortex temporal est tendu dans la région sous et juxta-sylvienne. Incision corticale de 2 cm de long qui permet d'accéder à 1 cm de profondeur dans la cavité d'un vaste hématome occupant la totalité de la partie moyenne du lobe temporal dans le sens antéro-postérieur et qui va en-dedans jusqu'au contact de l'insula.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - Avant l'intervention (27.3.74) : extinction totale sur l'oreille droite, la répétition des messages gauches provoquant de nombreuses paraphasies.

2 - A deux reprises, après l'intervention (1.4.74 et 20.9.75) persistance de l'extinction sur l'oreille droite, alors que la répétition des messages gauches s'améliore considérablement.

		O. G.	O. D.
	+	50 %	20 %
CHIFFRES	+	15 %	10 %
	o	35 %	70 %
	+	52,5 %	0 %
MOTS	+	27,5 %	7,5 %
	o	20 %	92,5 %
	+	0 %	0 %
PHRASES	+	80 %	0 %
	o	20 %	100 %

pré-opératoire

		O. G.	O. D.
	+	65 %	25 %
CHIFFRES	+	10 %	5 %
	o	25 %	70 %
	+	70 %	7,5 %
MOTS	+	17,5 %	5 %
	o	12,5 %	87,5 %
	+	30 %	0 %
PHRASES	+	50 %	20 %
	o	20 %	80 %

post-opératoire n° 1

		O. G.	O. D.
	+	80 %	60 %
CHIFFRES	+	0 %	0 %
	o	20 %	40 %
	+	80 %	10 %
MOTS	+	2,5 %	0 %
	o	17,5 %	90 %
	+	30 %	0 %
PHRASES	+	10 %	10 %
	o	60 %	90 %

post-opératoire n° 2

Observation G88

COQ... Gisèle

18 ans

(Contusion temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admise dans le service du Pr. ALLEGRE après un traumatisme crânien avec perte de connaissance et fracture temporo-pariétale droite, car elle présente depuis une aphasie isolée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : anomalies lentes temporales postérieures gauches ;
déviations de l'écho de 4 mm vers la droite.

Artériographie carotidienne gauche :

- de face : engagement artériel et veineux de 0,5 cm et soulèvement du point et de l'angle sylvien.

- de profil : l'artère sylvienne est soulevée dans son segment initial et les insulaires sont refoulées en avant.

L'examen confirme donc l'existence d'une contusion temporale gauche.

EVOLUTION : après traitement médical, régression totale des troubles phasiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (28.8.74) :

Aphasie de Wernicke avec paraphasies, néologismes, sans alexie ni agraphie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (27.8.74) : extinction importante sur l'oreille droite.

La répétition des phrases provoque de nombreuses paraphasies et des stéréotypies.

		:		:	
		:	U. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
		:		:	
		:	70 %	:	25 %
		:		:	
{ CHIFFRES ±		:	0 %	:	10 %
		:		:	
		:	30 %	:	65 %
		:		:	
		:		:	
		:	70 %	:	0 %
		:		:	
{ MOTS ±		:	30 %	:	17,5 %
		:		:	
		:	0 %	:	82,5 %
		:		:	
		:		:	

Observation G89

COT... Georges

50 ans

(Hématome temporo-insulaire gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admis dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT en mars 1974. En 1966, il a fait une hémorragie méningée. Les angiographies n'avaient pas alors objectivé de malformation vasculaire.

Le 12 mars 1973, après une perte de connaissance brève, s'installent une hémiparésie droite avec extinction sensitive, une aphasie et une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire gauche.

E.E.G. : anomalies lentes permanentes hémisphériques gauches à prédominance temporale.

Scintigraphie cérébrale : très nette zone d'hyperfixation se projetant de profil dans la région temporale postérieure gauche, intraparenchymateuse.

Artériographie carotidienne gauche :

- de profil : surélévation de l'axe sylvien avec zone hypervasculaire temporo-occipitale alors que

- de face il existe un engagement artériel de 1,5 cm, veineux de 2,5 cm et un abaissement du point sylvien, traduisant une lésion expansive temporo-occipitale.

INTERVENTION (10.4.74) Pr. GOUTELLE :

Amputation partielle de la partie moyenne du lobe temporal gauche qui permet d'accéder à une masse expansive hémorragique, temporo-insulaire, qui est évacuée.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

permet de s'assurer de l'absence de tumeur.

SUITES OPERATOIRES :

Persistance de l'hémiparésie, de l'aphasie et de l'hémianopsie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

30.4.74 : la compréhension est assez bonne pour permettre un dialogue simple. L'énoncé spontané se détériore très vite et n'est rapidement rien d'autre que du jargon. Le malade est conscient de son déficit. La répétition se détériore elle aussi rapidement et devient jargonante. La dénomination est franchement mauvaise.

Il n'y a pas d'agraphie, mais le malade est alexique.
Donc : aphasie de Wernicke.

L'évolution est partiellement régressive puisque le 25.8.76 si le langage oral s'est bien normalisé, l'alexie demeure.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.6.76) :

difficulté non pas à la discrimination des deux messages, mais à la rétention, surtout du message gauche qui est toujours répété en second et avec une approche par périphrases.

Observation G90

COU... Gilbert

23 ans

(Hématome sous-dural gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE en octobre 1974 dans les suites d'un traumatisme crânien, avec trait de fracture pariétal gauche sur les radiographies du crâne. Il n'y a aucun signe de localisation neurologique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. est normal, mais l'écho est dévié de 4 mm vers la droite.

L'artériographie carotidienne gauche objective un hématome sous-dural.

INTERVENTION (17.10.74) Dr. DERUTY :

Evacuation de l'hématome sous-dural gauche, étendu à tout l'hémisphère.

Aucune lésion corticale n'est constatée.

SUITES OPERATOIRES :

aphasie régressive en une semaine.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (31.10.74 - post-opératoire) : normal.

		O. G.	O. D.
+		100 %	100 %
CHEFFRES	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		92,5 %	95 %
MOTS	±	7,5 %	5 %
	o	0 %	0 %
+		40 %	90 %
PHRASES	±	40 %	10 %
	o	20 %	0 %

DAN... Jean

65 ans

(Accidents vasculaires ischémiques pariétaux gauches).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Porteur d'une spécificité ancienne, avec anévrysme de l'aorte thoracique, est hospitalisé en octobre 1973 puis en janvier 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT pour bilan d'une maladresse de la main droite, associée à des paresthésies installées progressivement en quelques jours.

Lors du premier séjour, l'examen clinique objective une apraxie constructive, une agraphie, sans aphasia ni acalculie, et une astéréognosie de la main droite qui orientent vers une lésion pariétale gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes du croisement.

Campimétrie : normale.

E.E.G. : normal.

Artériographie carotidienne gauche : zone avasculaire, pariéto-occipitale.

P.E.G. (janvier 1974) : atrophie pseudo-kystique bi-pariétale, prédominant à gauche.

Potentiels évoqués somesthésiques (avril 1975) : asymétrie nette avec absence de P.E.S. au niveau de la région rolandique gauche.

2° - En décembre 1975, se constitue progressivement une hémiplégie droite qui persiste en décembre 1976, lorsque le malade est réhospitalisé à la suite d'absences avec mouvements de mâchonnements, suivies de l'installation progressive d'une aphasia d'expression.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le champ visuel demeure normal.

E.E.G. : montre alors un ralentissement temporal gauche permanent.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation fronto-temporal gauche assez étendu accolé aux structures périphériques, évoquant un accident vasculaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (1976) :

Bonne compréhension, mais il n'y a pratiquement pas d'énoncé spontané. Il n'y a pas de trouble d'articulation à la répétition encore que les paraphasies phonémiques soient très nombreuses.

Alexie sans agraphie, acalculie, apraxie idéo-motrice, agnosie digitale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

31.10.73 : normal.

~~24.12.76~~ : ~~mauvaises performances d'ensemble.~~ Il existe cependant une extinction modérée sur l'oreille gauche, de type paradoxal.

		O. G.	O. D.
		70 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	□	30 %	0 %
		95 %	95 %
MOTS	±	2,5 %	0 %
	□	2,5 %	5 %
		40 %	80 %
PHRASES	±	20 %	20 %
	□	40 %	0 %

		O. G.	O. D.
		50 %	50 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	□	50 %	50 %
		25 %	52,5 %
MOTS	±	17,5 %	17,5 %
	□	57,5 %	30 %

Observation G93

DAU... Georges

47 ans

(Encéphalopathie carentielle)

RAPPEL CLINIQUE :

Ethylique chronique hospitalisé en février 1974 dans le service du Pr. DEVIC : il présente un syndrome dépressif installé dans les suites d'une cure de dégoût. L'examen neurologique est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. fait devant l'apparition d'un syndrome confusionnel, montre l'existence d'ondes lentes, beaucoup plus marquées à gauche.

La scintigraphie cérébrale est normale.

La psychométrie montre une détérioration de 23 %.

On admet le diagnostic d'encéphalopathie carentielle.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (27.2.74) : normal.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	92,5 %	70 %
(MOTS	±	5 %	15 %
	o	2,5 %	15 %
	+	100 %	90 %
(PHRASES	±	0 %	10 %
	o	0 %	0 %

DER... Michel

17 ans

(Empyème sous-dural gauche et abcès fronto-temporal gauche.
Lobectomie frontale et temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. ALLEGRE, dans les suites
d'une méningite purulente.

INTERVENTION (19.10.72) Dr. RAVON :

Evacuation d'un volumineux empyème sous-dural gauche, qui occupe
toute la région frontale, on découvre ensuite deux plages corticales très
suspectes, l'une frontale, l'autre temporale antérieure gauche, avec fusées
purulentes sous-jacentes, obligeant à pratiquer une lobectomie frontale puis
une lobectomie temporale antérieure.

Dans les suites l'état de conscience s'améliore, malgré la survenue
d'une hépatite, mais le patient conserve une hémiparésie droite un syndrome
cérébelleux stato-cinétique bilatéral, une atrophie optique gauche mais pra-
tiquement pas de troubles phasiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.10.74, soit deux ans après l'inter-
vention) : normal.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	95 %	80 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	20 %
MOTS	+	77,5 %	87,5 %
	±	5 %	2,5 %
	o	17,5 %	10 %
PHRASES	+	20 %	50 %
	±	40 %	40 %
	o	40 %	10 %

Observation G95

DES... Dominique

22 ans

(Angiome du carrefour gauche - hématome intracérébral).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admise en urgence dans le service du Pr. MANSUY car elle vient d'installer brutalement une hémiplégie droite rapidement suivie de troubles de conscience sévères. Le bilan angiographique (carotide gauche puis humérale droite) montre l'existence d'un angiome dans la région du carrefour gauche, alimenté par la sylvienne et la choroïdienne postérieure associé à un hématome intracérébral gauche.

INTERVENTION (3.5.73) Pr. FISCHER :

Volet temporal postérieur. Il existe une zone de ramollissement en arrière de la circonvolution rolandique, témoignant de la présence sous-jacente de l'hématome. Incision corticale au ras de l'artère pariétale postérieure qui permet l'évacuation de l'hématome qui atteint un volume considérable et qui est rompu dans le ventricule au niveau du carrefour. On découvre ensuite la malformation : angiome sous-épendymaire en regard du carrefour qui est enlevé après pose de clips sur les pédicules afférents et efférents.

EVOLUTION :

Retour rapide à un bon état de conscience ; il existe cependant une hémiplégie droite sensitivo-motrice, qui va lentement régresser et une aphasie d'expression sans hémianopsie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

25.5.73 : il existe essentiellement un trouble de l'expression (difficultés à initier un énoncé, stéréotypies, paraphasies phonémiques, lenteur de débit,) mais l'articulation est correcte. La compréhension est excellente. Il n'y a pas d'alexie mais il existe une apraxie du membre supérieur gauche et une agraphie.

23.10.74 : l'expression orale est fluente, le débit est plus rapide, le vocabulaire excellent.

Pour l'écriture, le malade utilise sa main gauche. Le geste est lent et saccadé, mais l'écriture est lisible.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.4.74) :

- extinction modérée sur l'oreille gauche (paradoxe)
- pendant le test, la patiente perçoit bien l'existence d'un double message, mais signale que celui de gauche "s'efface" très vite. Les performances s'améliorent lorsqu'elle répète d'abord le message de l'oreille gauche car celui de l'oreille droite "tient" mieux.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	80 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	20 %	5 %
MOTS	+	70 %	92,5 %
	±	5 %	7,5 %
	o	25 %	0 %
PHRASES	+	0 %	70 %
	±	20 %	30 %
	o	80 %	0 %

Observation G96

DIJ... Annette

66 ans

(Traumatisme crânien).

RAPPEL CLINIQUE :

Hospitalisée dans le service du Pr.MANSUY après un traumatisme crânien avec perte de connaissance. L'examen neurologique est normal, mais il existe une fracture occipitale médiane.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil ne montre que de banals signes d'artériosclérose.

L'E.E.G. objective une composante lente temporale postérieure gauche.

L'artériographie carotidienne gauche montre l'existence de lésions diffuses athéromateuses intéressant surtout le segment proximal de la sylvienne. Il n'y a pas d'hématome.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Il n'y a pas d'anomalie, mais des difficultés d'attention.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.11.74) : extinction importante sur l'oreille gauche pour les mots et les phrases. Il s'agit probablement d'une lésion temporale droite passée inaperçue cliniquement.

		O. G.	O. D.
(	+	75 %	45 %
(	-	10 %	0 %
(	o	15 %	55 %
(	+	5 %	75 %
(	-	15 %	12,5 %
(	o	80 %	12,5 %
(	+	0 %	100 %
(	-	0 %	0 %
(	o	100 %	0 %

Observation G97

DOR... Pierre

69 ans

(Métastase centrale gauche. Aphasie de Broca).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admis le 18.1.75 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Opéré en 1959 d'un cancer du rein, il vient de faire deux crises comitiales partielles, hémifaciales droites, sans généralisation, mais avec une nette suspension du langage. L'examen clinique objective une aphasie de Broca, sans aphasie bucco-faciale et un discret déficit moteur crural droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement fronto-temporal gauche.

Scintigraphie cérébrale : hyperfixation très localisée, rolandique gauche.

Artériographie carotidienne gauche : petite tumeur superficielle de la taille d'une prune, rolandique haute, assez typique d'une métastase.

INTERVENTION (30.5.75) Pr. GOUTELLE :

La métastase est en situation pariétale antérieure, sous-corticale. Exérèse.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Confirme qu'il s'agit bien d'une métastase de carcinome rénal à cellules claires.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont marquées par une hémiparésie droite, une importante aphasie de Broca, une agraphie sans alexie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (pré-opératoire, 10.6.75) : normal.

	:		:	
	:	O. G.	:	O. D.
	:		:	
	:		:	
	+	95 %	:	85 %
	:		:	
(CHIFFRES	±	5 %	:	15 %
	:		:	
	o	0 %	:	0 %
	:		:	
	:		:	
	+	90 %	:	90 %
	:		:	
(MOTS	±	0 %	:	2,5 %
	:		:	
	o	10 %	:	7,5 %
	:		:	
	:		:	

Observation G98

DRE... Marcel

69 ans

(Tumeur temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, ce malade est hospitalisé le 2.2.76 dans le service du Pr. DEVIC. Depuis quelques jours, se sont installées progressivement :

- une aphasie d'expression et de compréhension,
- une hémiplégie droite, sensitivo-motrice,
- une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement permanent temporal gauche et écho dévié de 4 mm vers la droite.

Scintigraphie cérébrale : hyperfixation temporale postérieure gauche, intra-parenchymateuse, profonde, évoquant une néoformation gliale.

Artériographie carotidienne gauche :

- de face : engagement de 1 cm de l'artère cérébrale antérieure, refoulement en dedans de l'arborisation cérébrale moyenne. Aux temps tardifs, engagement veineux de 1 cm et apparition d'une lésion ovale de 5 cm de diamètre

- de profil : refoulement en haut et en avant de la sylvienne. On retrouve la lésion hypervasculaire, mal limitée, en arrière du siphon, refoulant vers le haut les veines profondes.

EVOLUTION :

Compte-tenu de l'âge du patient et de la topographie de la tumeur, l'abstention du traitement chirurgical est décidée :

En juin 1976, le malade revient dans un état comateux. Une nouvelle scintigraphie cérébrale montre une très importante extension du foyer hémisphérique gauche, qui traverse la ligne médiane.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.2.76) : extinction totale sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	0 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %
	+	90 %	0 %
MOTS	±	7,5 %	2,5 %
	o	2,5 %	97,5 %
	+	90 %	0 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	10 %	100 %

Observation G99

DRO... Laurent

7 ans

(angiome bilatéral (noyaux gris + convexité).

RAPPEL CLINIQUE :

Gaucher est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE. Il est suivi régulièrement depuis l'âge de 3 ans pour un retard psychomoteur.

Il vient de présenter, après une crise convulsive post-traumatique, une hémiparésie droite qui a conduit à diagnostiquer l'existence d'un énorme angiome bilatéral.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : tendance permanente à la somnolence et ralentissement hémisphérique gauche important.

Scintigraphie cérébrale : l'angio-scintigraphie objective une très importante malformation vasculaire profonde, au centre des deux hémisphères. Tous les documents recueillis ultérieurement confirment cette double lésion en précisant sur l'incidence de profil gauche, l'existence de multiples voies de drainage.

Artériographie carotidienne droite :

- de face : aspect typique d'angiome dans la région des noyaux gris centraux, drainé par une énorme veine thalamostriée et par la veine basilaire.

- de profil : masse hypervasculaire de 6 cm de diamètre, alimentée aussi bien par les vaisseaux perforants que par la choroïdienne antérieure.

Artériographie carotidienne gauche : confirme la bilatéralité de l'angiome qui intéresse à gauche non seulement les noyaux gris, mais également la convexité, avec des nappes hypervasculaires au niveau du fond des sillons.

Test à l'Amytal : (injection intra-carotidienne droite) : cécité corticale pendant 7 minutes. Aphasie globale pendant 3 minutes.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (20.10.76) : pratiquement normal, compte-tenu de l'âge.

(	:	:	)
(	:	O. G.	O. D.
(	:	:	)
(	:	:	)
(	+	70 %	60 %
(	:	:	)
(	MOTS +	30 %	27,5 %
(	:	:	)
(	o	0 %	12,5 %
(	:	:	)
(	:	:	)

Observation G100

DUF... Marie

26 ans

(Thrombose sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée dans le service du Pr. LECUIRE : le 9.4.74 elle a présenté, brutalement, une hémiplégie droite et une aphasie. L'artériographie carotidienne gauche faite en urgence objective une oblitération de l'artère sylvienne 1,5 cm après son origine, avec une revascularisation périphérique rétrograde.

A l'entrée, dans le service, il n'existe plus qu'une discrète hémiparésie droite sans déficit sensitif.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie de contrôle (20.4.74) par voie fémorale rétrograde, outre une aorta lusoria, ne montre plus aucune anomalie.

EVOLUTION : régressive des signes neurologiques déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.5.74) : normal.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	97,5 %	85 %
MOTS	±	2,5 %	10 %
	o	0 %	5 %
	+	90 %	90 %
PHRASES	±	10 %	10 %
	o	0 %	0 %

Observation G101

DUJ... Georges

58 ans

(Occlusion des branches rolando-pariétales de la sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admis dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT deux semaines après un accident vasculaire cérébral de survenue brutale se traduisant par une aphasie d'expression, une agraphie, une acalculie remarquable chez ce professeur de mathématiques, un syndrome sensitif pariétal de l'hémicorps droit, sans hémianopsie. L'évolution est déjà régressive au moment de l'admission (15.3.76).

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ondes lentes intermittentes temporales gauches.

Scintigraphie cérébrale : très léger foyer d'hyperfixation, sylvien gauche.

Bilan angiographique par technique de Seldinger : il existe des méga-dolicho-artères. Surtout, sur l'angiographie carotidienne gauche, occlusion des branches pariétales et rolandiques de la sylvienne avec revascularisation tardive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.3.76) : extinction importante sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	60 %	50 %
	±	0 %	0 %
	o	40 %	50 %

MOTS	+	85 %	7,5 %
	±	12,5 %	12,5 %
	o	2,5 %	80 %

PHRASES	+	90 %	10 %
	±	0 %	10 %
	o	10 %	80 %

Observation G102

FER... Monique

31 ans

[Hémi-parésie droite sensitivo-motrice. Hémianopsie latérale homonyme droite. Bilan étiologique négatif].

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, cette malade est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC après la survenue brutale lors d'un effort physique, d'une hémi-parésie droite avec hémihypoesthésie touchant la face, et hémianopsie latérale homonyme droite, sur lesquelles se greffe rapidement un délire aigu à thème de persécution.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes temporo-occipital gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation temporo-occipital gauche.

Le bilan angiographique (artériographie carotidienne et artériographie humérale gauches) n'apporte aucun élément pouvant éclairer le diagnostic.

L'encéphalographie gazeuse, puis la ventriculographie iodée ne peuvent être menées à terme pour des raisons techniques.

Il est donc décidé de pratiquer une exploration chirurgicale, dans le doute d'une étiologie tumorale.

INTERVENTION (28.2.74) Pr. GOUTELLE :

Volet occipital. Petite lobectomie occipitale gauche. A l'intérieur du lobe occipital existe une gliose un peu hémorragique. Biopsie à ce niveau, sans exérèse.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

L'aspect évoque un processus inflammatoire ou nécrotique non spécifique. Il n'y a aucun signe de tumeur.

La patiente est ensuite suivie régulièrement en consultation. Deux ans plus tard, l'examen neurologique objective :

- la persistance de l'hémianopsie,
- une hyperpathie prédominant au membre supérieur droit,
- un syndrome pyramidal droit,

- un comportement apragmatique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (14.2.74, pré-opératoire) :
extinction modérée sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	95 %	85 %
	±	0 %	10 %
	o	5 %	5 %
MOTS	+	87,5 %	70 %
	±	10 %	12,5 %
	-		
	o	2,5 %	17,5 %
PHRASES	+	70 %	60 %
	±	10 %	20 %
	-		
	o	20 %	20 %

Observation G103

FIL... Marcel

65 ans

(Oblitération de l'artère sylvienne gauche).
Jargonaphasie.

RAPPEL CLINIQUE :

A présenté brutalement, quelques jours après une thrombectomie au membre inférieur gauche, une hémiparésie droite à prédominance brachio-faciale et une aphasie dominante sur l'expression qui est le seul symptôme persistant au moment où il est admis dans le service du Pr. LECUIRE (1.10.76).

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes fronto-temporal gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération de l'artère sylvienne, 3 cm après le T carotidien juste avant la bifurcation sylvienne.

EVOLUTION :

Nette régression de l'aphasie (1.12.76).

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (22.10.76) :

Le malade présente un jargon phonémique fluent quasi inintelligible, dont il est parfaitement conscient.

La compréhension sans être excellente est assez peu troublée.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.10.75) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite.

		:	O. G.	:	O. D.	)
		:	-----		:	)
		+	67,5 %	:	10 %	)
MOTS		±	5 %	:	0 %	)
		o	27,5 %	:	90 %	)

Observation G104

FLA... Marcel

54 ans

(Méningiome de la faux).

RAPPEL CLINIQUE :

Hospitalisé le 8.2.74 dans le service du Pr. LECUIRE à la suite d'une série de malaises lipothymiques, avec amaurose transitoire qui se répètent avant de laisser place à une hémiparésie droite, progressive, associée à une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire bilatéral.

E.E.G. : d'abord normal puis apparaissent des ondes lentes, temporo-occipitales gauches.

Scintigraphie cérébrale : foyer hyperfixant se projetant de profil dans la région occipitale, de 5 cm de diamètre, parasagittal postérieur gauche sur les incidences de face, évoquant l'image donnée par un méningiome.

Bilan angiographique :

- carotide gauche : imprégnation tumorale postérieure, parasagittale, avec important débord de la cérébrale postérieure.

- humérale droite : la lésion occipitale gauche est alimentée par l'artère cérébrale postérieure gauche et l'artère sylvienne gauche.

INTERVENTION (22.2.74) Pr. DECHAUME :

Exérèse d'un volumineux méningiome postérieur gauche, implanté sur la faux : volet occipital. On voit d'emblée une tumeur rosée, charnue, de volume très important (volume d'une mandarine) présentant tous les caractères d'un méningiome qui s'implante à la partie postérieure de la faux.

SUITES OPERATOIRES :

Disparition de l'hémianopsie et de l'hémiparésie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (14.2.74, pré-opératoire) : pratiquement normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	90 %
	+	0 %	0 %
	o	5 %	10 %
MOTS	+	75 %	57,5 %
	+	17,5 %	20 %
	o	7,5 %	22,5 %
PHRASES	+	30 %	30 %
	+	60 %	50 %
	o	10 %	20 %

FOU... Abdallah

19 ans

(Troubles du comportement post-traumatiques).

RAPPEL CLINIQUE :

Hospitalisé en janvier 1973 dans le service du Pr. GIRARD pour bilan de troubles du comportement, survenant après un traumatisme crânien subi en 1968 (fracture pariétale gauche).

L'examen neurologique est normal ainsi que le fond d'oeil, l'E.E.G. l'examen O.R.L. et l'encéphalographie gazeuse pratiquée devant une détérioration mentale chiffrée à 50 %.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (12.6.76) : en objectivant une extinction quasi-totale sur l'oreille droite, est le seul examen permettant de suspecter l'existence d'une lésion organique temporale gauche.

{	:	:	:	}
{	:	O. G.	:	O. D.
{	:	:	:	}
{	:	:	:	}
{	+	:	:	}
{	:	80 %	:	10 %
{	:	:	:	}
{	CHIFFRES	±	:	}
{	:	10 %	:	0 %
{	:	:	:	}
{	o	:	:	}
{	:	10 %	:	90 %
{	:	:	:	}
{	:	:	:	}
{	+	:	:	}
{	:	55 %	:	2,5 %
{	:	:	:	}
{	MOTS	±	:	}
{	:	7,5 %	:	0 %
{	:	:	:	}
{	o	:	:	}
{	:	37,5 %	:	97,5 %
{	:	:	:	}

Observation G106

FRE... André

70 ans

(Ramollissement ischémique sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Souffre d'une insuffisance coronarienne ancienne. Il est hospitalisé dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT le 14.5.74.

Le 28.1.74, il a présenté, après une période d'une semaine pendant laquelle il avait des difficultés d'élocution intermittentes, une hémiplégie droite avec aphasie, rapidement régressives.

Une semaine plus tard, l'aphasie récidive.

A l'entrée dans le service, l'examen clinique pratiqué à distance des accidents ischémiques initiaux, objective des signes traduisant un ramollissement sylvien postérieur gauche, réalisant un tableau proche du syndrome de Gertsman avec agnosie digitale, acalculie, agraphie. Il persiste une aphasie d'expression et de compréhension, avec alexie aphasique littéraire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Si le fond d'oeil ne montre que des signes de sclérose vasculaire, la campimétrie objective une hémianopsie latérale homonyme droite en quadrant inférieur.

E.E.G. : ondes lentes temporales gauches.

Scintigraphie cérébrale : hyperfixation pariétale postérieure gauche périphérique.

EVOLUTION ultérieure :

Deux ans après le début, persistent l'hémianopsie, l'alexie, l'agraphie aphasiques et l'aphasie est alors surtout de type amnésique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

17.5.74 et 9.9.74 : il y a extinction à la fois des messages droits et gauches, provoquant un déficit droit-gauche symétrique, avec au niveau des phrases, émission de néologismes et de jargon.

FRE... Henri

51 ans

(Hématome sous-dural aigu.
Contusion temporale gauche : lobectomie.)

RAPPEL CLINIQUE :

Est admis le 21.8.74 dans le service du Pr. MANSUY, le lendemain d'un accident de la route, avec fracture temporo-occipitale gauche, troubles de conscience, hémiparésie droite.

L'E.E.G. montre une activité lente et désorganisée, au niveau de toute la région temporale gauche.

INTERVENTION (22.8.74) Pr. FISCHER :

(après artériographie carotidienne gauche).

Evacuation d'un volumineux hématome sous-dural aigu, de 1 cm d'épaisseur en avant et de 2 cm d'épaisseur en arrière, occupant la totalité de l'hémisphère gauche.

La totalité du lobe temporal gauche jusqu'au niveau du pédicule veineux temporal postérieur est le siège d'une attrition hémorragique très importante. Le reste de l'hémisphère bien qu'étant le siège de petits foyers contusifs, ne présente pas de lésion majeure.

On pratique une lobectomie temporale gauche s'étendant en arrière jusqu'au pédicule veineux temporal postérieur qui est respecté ; en haut jusqu'à la vallée sylvienne ; en dedans, jusqu'à la corne temporale qui était ouverte.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (9.9.74, post-opératoire) :

Les possibilités arthriques et praxiques sont conservées. Il n'y a pas de déficit moteur. L'examen objective une aphasie de Wernicke avec agraphie et alexie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : diminution bilatérale des performances mais il existe cependant une extinction prédominant nettement sur l'oreille droite pour les mots et les phrases.

		O. G.	O. D.
	+	75 %	75 %
(CHIFFRES	+	10 %	15 %
	-	15 %	10 %
	o		
	+	40 %	5 %
(MOTS	+	47,5 %	40 %
	-	12,5 %	55 %
	o		
	+	50 %	0 %
(PHRASES	+	50 %	30 %
	-	0 %	70 %
	o		

Observation G108

GAU... René

65 ans

(Sténose serrée de la carotide gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Vient de présenter une série de 5 épisodes déficitaires transitoires, ayant intéressé le membre supérieur droit et à une reprise le membre inférieur gauche, au moment où il est hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC (23.2.73).

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

E.E.G. : ondes lentes temporales gauches, intermittentes.

Bilan angiographique :

- carotide gauche : sténose très serrée au niveau de l'origine de la carotide interne.

- humérale droite : sténose modérée de la carotide interne droite à son origine.

INTERVENTION (6.3.73) Pr. GOUTELLE :

Endartériectomie de la bifurcation carotidienne gauche.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par un déficit moteur brachio-facial droit régressif sans aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.3.73, post-opératoire) :

Extinction modérée sur l'oreille droite, uniquement pour la répétition des mots ; la répétition des phrases est globalement mauvaise.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	80 %	100 %
	=	20 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	90 %	37,5 %
	=	7,5 %	10 %
	o	2,5 %	52,5 %
PHRASES	+	30 %	30 %
	=	50 %	40 %
	o	20 %	30 %

GEV... Louis

60 ans

(Accident vasculaire cérébral : anarthrie).

RAPPEL CLINIQUE :

Présente brutalement après un effort violent le 30.7.76, une anarthrie pure, sans apraxie bucco-faciale, accompagnée d'une hémiplégie faciale droite, sans autre signe neurologique déficitaire.

Il est hospitalisé le 1.8.76 dans le service du Pr. SCHOTT.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

E.E.G. : composante lente intermittente au niveau des régions centrale, temporale antérieure et moyenne gauche.

Scintigraphie cérébrale :

Aux temps angioscintigraphiques il existe une zone d'hypo-perfusion frontale postérieure gauche, correspondant à un foyer d'hyperfixation dont l'aspect est compatible avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral.

Artériographie carotidienne gauche : montre un aspect de vide vasculaire frontal postérieur, et un abaissement des insulaires confirmant le diagnostic de ramollissement oedémateux.

L'EVOLUTION est favorable : le foyer scintigraphique disparaît. Seul l'E.E.G. montre la persistance d'un foyer d'ondes lentes.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.9.76) : aucune asymétrie des performances.

		:	O. G.	:	O.D.	
		:		:		
		:		:		
		:		:		
MOTS	+	:	95 %	:	72 %	
	±	:	5 %	:	15 %	
	o	:	0 %	:	13 %	
		:		:		

Observation G110

GIL... Félicie

70 ans

(Métastase rolandique supérieure gauche parasagittale).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre le 17.10.73 dans le service du Pr. MANSUY.

Depuis plusieurs mois elle présente des hématuries et l'examen clinique objective un gros rein gauche tumoral, ce que confirme l'urographie intraveineuse.

Sur le plan neurologique, cette malade fait depuis 5 mois une fois ou deux par semaine, des crises motrices partielles de l'hémicorps droit, à prédominance crurale. La dernière (12.10.73) s'est accompagnée d'une aphasie transitoire et d'un déficit hémiparétique droit post-critique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : flou papillaire bilatéral.

E.E.G. : composante lente permanente, rolando-pariétale et temporale postérieure gauche.

Gammagraphie : foyer rolandique gauche bien limité.

Artériographie carotidienne gauche : lésion hypervasculaire ayant l'aspect d'une métastase, rolandique supérieure gauche, parasagittale.

INTERVENTION (30.10.73) Pr. FISCHER :

Découverte d'une lésion corticale, rétro-sylvienne supérieure gauche, de 2,5 cm de diamètre, très vascularisée. Exérèse en totalité, en coagulant les pédicules artériels.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Métastase d'un néoplasme rénal.

EVOLUTION :

Hémiplégie droite post-opératoire, puis décès après une période de coma.

VERIFICATION ANATOMIQUE :

Distension ventriculaire de moyenne importance ; kyste de la glande pinéale, pas d'autre métastase dans l'encéphale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.10.73, pré-opératoire) :
extinction modérée sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	90 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	10 %
MOTS	+	80 %	55 %
	±	10 %	25 %
	o	10 %	20 %
PHRASES	+	60 %	30 %
	±	20 %	40 %
	o	20 %	30 %

Observation G111

GIL... Roger Pierre

61 ans

(Métastase pariéto-occipitale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre le 15.4.75 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT.
Depuis une quinzaine de jours, il présente des accès de céphalées postérieures et des troubles de la lecture.

L'examen clinique objective un syndrome occipital gauche avec :

- hémianopsie latérale homonyme droite,
- agnosie des couleurs,
- alexie, surtout verbale.

EXAMENS PAR CLINIQUES :

Fond d'oeil : pas d'œdème papillaire.

E.E.G. : activité plus lente pariéto-occipitale gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer occipital gauche, de la taille d'une prune ayant les caractères observés lors d'un processus tumoral.

Artériographie carotidienne gauche : masse expansive pariéto-occipitale très étendue étirant les branches terminales de la cérébrale postérieure, refoulant les insulaires vers l'avant, abaissant la veine cérébrale interne.

INTERVENTION (25.4.75) Pr. LAPRAS :

Après incision occipitale, on découvre une zone plus dense, ayant l'aspect d'un ramollissement péri-tumoral, dont on pratique une biopsie.
Il est impossible d'aller explorer la région plus antérieure.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Ne montre pas de prolifération tumorale au niveau du prélèvement.

L'EVOLUTION ultérieure permet de faire le diagnostic étiologique : alors

que la néoformation occipitale continue d'évoluer (comme en témoigne l'aggravation de la fixation scintigraphique au cours des examens répétés) se dévoile un néoplasme pulmonaire (mai 1976) signant la nature métastatique de la tumeur cérébrale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Le malade présente une constellation de troubles caractéristiques :

- une hémianopsie latérale homonyme droite dont il est très conscient, et sans négligence de l'espace droit qui est bien exploré.
- une difficulté à nommer les couleurs alors qu'elles sont bien perçues, bien classées, bien juxtaposées, mais on ne peut parler d'anomie des couleurs véritable car il réussit assez souvent tout de même ; en outre il y a un manque du mot qui fait qu'il ne dénomme pas plutôt qu'il dénomme mal.
- pas d'agnosie visuelle : formes, objets, visages, sont bien perçus ; il s'oriente bien sur une carte de France.
- une alexie très importante pour les mots et les phrases ; les lettres sont généralement bien nommées, ainsi que les nombres de 1 à 10. Mais il ne peut lire des nombres à deux chiffres ou plus. Il peut mettre à l'endroit les lettres ou les mots présentés à l'envers. Il n'épelle que la moitié gauche des mots...! Il ne peut reconstruire les mots épelés.
- une agraphie avec les lettres mobiles ; s'il n'écrit pas avec sa main droite, ce n'est pas tellement parce qu'il est parétique.
- une acalculie évidente (d'autant qu'il était Inspecteur du Trésor) ;
- une distinction droite-gauche certaine ;
- une autotopoagnosie ;

Donc syndrome occipito-pariétal gauche sans troubles du langage.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire 30.2.75):

Extinction importante sur l'oreille gauche, donc de type paradoxal surtout pour les phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	20 %	90 %
	-	0 %	0 %
	o	80 %	10 %
MOTS	+	12,5 %	72,5 %
	-	25 %	22,5 %
	o	52,5 %	5 %
PHRASES	+	0 %	100 %
	-	0 %	0 %
	o	100 %	0 %

GIR... Marthe

44 ans

(Thrombose de la carotide interne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée en mai 1976 dans le service du Pr. DEVIC.

1° - En mars 1973, au cours d'une grossesse, elle présente subitement une aphasia d'expression avec réduction du langage à quelques mots, sans troubles de compréhension, qui disparaît en deux jours. De plus, la patiente est incapable d'écrire pendant cette période.

2° - Le 13.5.76, après une sensation de malaise, avec brouillard visuel, survient une récurrence de l'aphasie, très transitoire (10 mn) mais identique à l'épisode de 1973, suivie d'une hémicrânie gauche et d'une hypersomnie.

A l'entrée dans le service, l'examen est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal

E.E.G. : ralentissement permanent, localisé à la région temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération complète de la carotide interne, 1,5 cm après la bifurcation, sans réinjection par l'artère ophtalmique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal (1976).

Observation G113

GIR... Joanny

46 ans

(Oblitération de l'artère sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Porteur d'une tachyarythmie, a présenté le 21.2.73 au lever, une hémiplegie droite avec aphasie massive qui n'a manifesté aucune tendance à la récupération au moment où il est admis dans le service du Pr. GIRARD (28.2.73).

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

EEG. : foyer d'ondes lentes fronto-temporal gauche.

Artériographie carotidienne gauche : occlusion de la sylvienne à son origine, d'aspect manifestement embolique.

EVOLUTION :

Trois ans plus tard, seule a pu être récupérée une certaine motricité du membre inférieur droit, permettant la marche. Il persiste une aphasie globale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : à deux reprises (26.4.74 et 2.3.76) :

Extinction totale sur l'oreille droite, qui persiste trois ans après la scène clinique initiale.

n° 1

	:	:	:
	:	O. G.	O. D.
	:	:	:
	:	:	:
+	:	100 %	0 %
	:	:	:
CHIFFRES ±	:	0 %	0 %
	:	:	:
o	:	0 %	100 %
	:	:	:
	:	:	:
+	:	52,5 %	0 %
	:	:	:
MOTS ±	:	40 %	0 %
	:	:	:
o	:	7,5 %	100 %
	:	:	:

n° 2

	:	:	:
	:	O. G.	O. D.
	:	:	:
	:	:	:
+	:	100 %	0 %
	:	:	:
CHIFFRES ±	:	0 %	0 %
	:	:	:
o	:	0 %	100 %
	:	:	:
	:	:	:
+	:	90 %	0 %
	:	:	:
MOTS ±	:	0 %	5 %
	:	:	:
o	:	10 %	95 %
	:	:	:

Observation G114

GOD... René

48 ans

(Angiome frontal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé en juin 1975 dans le service du Pr. DEVIC à la suite d'une crise comitiale généralisée. On apprend d'emblée que le diagnostic d'angiome rolandique gauche a été porté 12 ans auparavant à Paris, lors d'une précédente hospitalisation motivée elle-aussi par une crise sensitive partielle à topographie curieusement chéiro-orale gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et E.E.G. sont normaux.

L'artériographie carotidienne gauche objective un peloton angiomateux au contact de la voûte, alimenté par la cérébrale antérieure, dans la région frontale, en position parasagittale.

En septembre 1975, l'état du malade s'aggrave assez rapidement : il présente un syndrome frontal et l'E.E.G. objective alors un ralentissement frontal gauche.

INTERVENTION (8.7.75) Pr. GOUTELLE :

Exérèse complète de l'angiome frontal gauche, situé au niveau de la région coronale avec pose de clips sur la fronto-polaire et sur le pédicule issu de la péricalleuse.

A noter qu'en profondeur, au contact du tissu cérébral, existe un hématome peu important mais traduisant le caractère hémorragique de cet angiome.

SUITES OPERATOIRES :

Très simples, marquées par la disparition du syndrome frontal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.7.75) post-opératoire : presque normal pour les chiffres et les mots, avec cependant extinction paradoxale pour les phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	85 %	90 %
	±	15 %	10 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	75 %	87,5 %
	±	10 %	5 %
	o	15 %	7,5 %
PHRASES	+	10 %	80 %
	±	20 %	10 %
	o	70 %	10 %

Observation G115

GOU... Joannes

65 ans

(Hématome du carrefour pariéto-temporo-occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 11.10.76 dans le service du Pr. SCHOTT pour bilan de troubles neurologiques apparus brutalement au milieu du mois de septembre : hémiparésie droite, sensitivo-motrice à prédominance brachio-faciale, avec hémihypoesthésie et aphasie, sans hémianopsie.

Les examens complémentaires permettent de retenir le diagnostic d'hématome intracérébral dans la région du carrefour gauche :

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. (12.10.76) : composante lente bi-pariétale et temporale gauche. L'écho est dévié de 3 mm vers la droite.

18.10.76 : aggravation avec ondes lentes temporales gauches permanentes. Persistance de la déviation de l'écho.

21.10.76 : tracé identique au précédent, mais l'écho est revenu en place.

Scintigraphie cérébrale : montre :

- un foyer intra-hémisphérique gauche, dans la région du carrefour.
- une bande de fixation sylvienne droite en faveur d'un ramollissement à ce niveau.

Artériographie carotidienne gauche (15.10.76) : ne montre que des signes d'athéromatose sans déplacement vasculaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (21.10.76) : extinction totale sur l'oreille droite.

		:		:	
		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
+		:	90 %	:	10 %
		:		:	
CHIFFRES	±	:	0 %	:	10 %
		:		:	
o		:	10 %	:	80 %
		:		:	
		:		:	
+		:	85 %	:	0 %
		:		:	
MOTS	±	:	10 %	:	0 %
		:		:	
o		:	5 %	:	100 %
		:		:	

Observation G116

GRA... Paul

51 ans

(Traumatisme crânien : embarrure temporale gauche. Contusion cérébrale. Anévrysme post-traumatique : hématome en arrière de la vallée sylvienne).

RAPPEL CLINIQUE :

A présenté en 1973 un traumatisme crânien avec perte de connaissance brève. Il est hospitalisé le 11.2.75 dans le service du Pr. GIRARD : un mois plus tôt il a fait un malaise avec perte de connaissance suivie d'un syndrome confusionnel, puis d'une aphasie de Wernicke avec à l'examen paraphasies, alexie et agraphies aphasiques, sans hémianopsie. Les radiographies du crâne montrent une embarrure temporale gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. (12.2.75) : ralentissement important temporo-occipital gauche

Scintigraphie cérébrale : vaste zone d'hyperfixation, correspondant à la lésion osseuse traumatique, avec cependant sur l'incidence postérieure, une hyperfixation modérée au niveau du parenchyme sous-jacent.

Artériographie carotidienne gauche : objective une petite image anévrysmale juste au centre de l'embarrure, sur une branche de la sylvienne qui est discrètement surélevée. L'étiologie traumatique est probable.

INTERVENTION (25.2.75) Dr. SINDOU :

Outre l'embarrure temporale gauche, centrée sur la vallée sylvienne, existe une plaie dure-mérienne.

Le pli courbe est le siège d'un tissu cicatriciel d'une contusion. Il existe un anévrysme d'une branche collatérale de la sylvienne, sur le collet duquel un clip est posé et un arrachement de deux branches collatérales ayant provoqué à ce niveau un petit hématome de la taille d'une prune, à 1 cm de profondeur, en arrière de la vallée sylvienne.

EVOLUTION :

favorable : disparition des signes neurologiques déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	100 %	85 %
	±	0 %	15 %
	o	0 %	0 %

MOTS	+	90 %	17,5 %
	±	5 %	5 %
	o	5 %	77,5 %

PHRASES	+	50 %	0 %
	±	0 %	20 %
	o	50 %	80 %

Observation G117

GRA... Jean Paul

35 ans

(Contusion temporale gauche : lobectomie partielle).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre dans un état comateux post-traumatique, dans le service du Pr. MANSUY le 4.10.72. L'examen clinique n'objective qu'une mydriase gauche. Les radiographies du crâne mettent en évidence une fracture pariétale droite, puis surviennent des crises motrices partielles hémicorporelles droites.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : importants troubles de la vigilance associés à une composante lente temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : hématome sous-dural temporo-basilaire gauche associé à un soulèvement de la portion initiale de la sylvienne et engagement de la cérébrale antérieure.

INTERVENTION (4.10.72) Pr. FISCHER :

Lambeau temporal gauche : évacuation d'un hématome sous-dural de 1 cm d'épaisseur, en relation avec une contusion hémorragique temporale postérieure qui contraint à pratiquer une lobectomie temporale gauche partielle limitée à la portion externe. Malheureusement la lésion prédomine sur la région postérieure et l'on est contraint de coaguler les trois éléments du pédicule veineux temporal postérieur.

EVOLUTION :

Le malade sort progressivement du coma ; il présente de petits troubles phasiques vite régressifs, mais surtout se révèlent de façon paradoxale une hémiplégie gauche spastique, puis un syndrome pseudo-bulbaire. Ultérieurement, il peut reprendre son travail à temps partiel et reste capable de jouer de l'accordéon. L'E.E.G. montre des anomalies lentes diffuses.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

N'objective qu'un discret manque du mot.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (à distance de l'intervention : 29.6.73) : pratiquement normal.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	90 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	10 %
	+	77,5 %	80 %
MOTS	±	7,5 %	15 %
	o	15 %	5 %
	+	40 %	100 %
PHRASES	±	50 %	0 %
	o	10 %	0 %

Observation G118

GUE... André

50 ans

(Hémianopsie latérale homonyme gauche isolée).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, entre en juin 1973 dans le service du Pr. DEVIC car il vient de présenter brutalement une amaurose très brève. L'examen clinique objective une hémianopsie latérale homonyme gauche en quadrant inférieur, isolée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil, E.E.G., artériographie humérale droite ne révèlent aucune anomalie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.6.73) : normal.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %

MOTS	+	95 %	90 %
	±	2,5 %	5 %
	o	2,5 %	5 %

PHRASES	+	20 %	60 %
	±	60 %	40 %
	o	20 %	0 %

Observation G119

GUI... Pierre

44 ans

(Hémorragie cérébro-méningée : hématome intra-temporal antérieur gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Ethylique chronique, entre dans le service du Pr. DEVIC le 11.3.74 pour une hémorragie cérébro-méningée survenue deux semaines auparavant. La ponction lombaire ramène en effet un liquide céphalorachidien hémorragique mais il n'y a pas le moindre déficit moteur, pas le moindre trouble phasique ; l'examen clinique objective cependant un syndrome pyramidal hémicorporel droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement presque permanent temporal antérieur et moyen gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer hyperfixant temporal antérieur gauche.

Artériographies carotidiennes gauches :

12.3.74 : confirme les données cliniques en objectivant un petit processus expansif avasculaire, compatible avec le diagnostic d'hématome intra-temporal antérieur. Par ailleurs, il existe des images de spasme au niveau du siphon carotidien, dans la portion supra-clinoïdienne et au niveau de l'origine de la sylvienne, s'étendant sur 4 cm de long.

27.3.74 : disparition de l'aspect de processus expansif intra-temporal. L'aspect de spasme sylvien a considérablement régressé, puisqu'il est limité sur 1 cm en avant de la division de cette artère.

Une nouvelle scintigraphie faite deux semaines après la première, est normale.

EVOLUTION : favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : mauvaise discrimination auditive au niveau central : les deux messages se brouillent et produisent de nombreuses paraphrasies. On obtient seulement 10 % de réponses correctes, aussi bien à droite qu'à gauche.

Observation G120

GUI... Paulette

35 ans

(Epilepsie temporale - foyer temporal gauche - post-traumatique).

RAPPEL CLINIQUE :

Présente depuis 10 ans à la suite d'un traumatisme crânien ayant provoqué un coma d'une semaine, une épilepsie temporale se manifestant uniquement par des phénomènes paroxystiques durant quelques secondes, avec sensations de nausées puis discret trouble de la vigilance.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Seul l'E.E.G. pratiqué après une crise généralisée survenue en octobre 1976, montre des anomalies avec ondes lentes temporales gauches.

Le fond d'oeil et la scintigraphie cérébrale sont normaux. Il est discuté sur l'angiographie carotidienne gauche, un aspect traduisant l'existence d'une grosse corne temporale du ventricule latéral.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (28.10.76) :

1° - Difficulté à dissocier le double message lors de la répétition des mots, alors que le malade n'est pas aphasique.

2° - Asymétrie des performances, avec extinction sur l'oreille droite particulièrement accentuée pour la répétition des phrases.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	90 %	80 %
	±	0 %	0 %
	o	10 %	20 %
MOTS	+	65 %	37,5 %
	±	27,5 %	30 %
	o	7,5 %	32,5 %
PHRASES	+	80 %	0 %
	±	20 %	50 %
	o	0 %	50 %

Observation G121

HAM... Sadia

25 ans

[Anévrysme carotidien gauche supra-clinoïdien).

RAPPEL CLINIQUE :

Enseignante, hospitalisée le 21.2.76 dans le service du Pr. ALLEGRE. Elle souffre depuis longtemps de céphalées frontales gauches intermittentes. A la fin du mois de décembre 1975, elle fait une crise comitiale précédée d'un état de rêve éveillé avec reviviscence de scènes déjà vécues, puis sombre dans un coma qui va durer 7 jours. Après reprise de conscience, il persiste cependant des troubles de l'attention, un manque du mot et une diplopie par paralysie du VI gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire bilatéral, avec hémorragies et exsudats.

Champ visuel : normal.

E.E.G. : ralentissement fronto-temporal antérieur gauche. L'écho est dévié de 5 mm vers la droite.

Artériographie carotidienne gauche : engagement artériel de 1,5 cm et engagement veineux de 1 cm. Il existe un volumineux anévrysme supra-clinoïdien, de 4 cm de diamètre.

Sur la série de profil, la péricalléuse est déroulée, tendue sur un gros ventricule latéral.

INTERVENTION (9.3.76) Pr. GOUTELLE :

Petite lobectomie temporale antérieure gauche qui permet de découvrir l'anévrysme. Il est bridé en son milieu par le tronc sylvien qu'il faut réséquer. Dissection progressive du sac anévrysmal après clampage de la carotide au cou et intra-crânienne. Exérèse de l'anévrysme.

EVOLUTION :

Coma post-opératoire dont la malade sort progressivement sans présenter d'hémiplégie. Décès brutal le 5.4.76 en maison de convalescence.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (25.2.76, pré-opératoire) :

On ne retrouve qu'un manque du mot. La compréhension est normale. La malade peut lire, écrire, compter. Il existe cependant de gros troubles de l'attention.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.2.76, pré-opératoire) : normal.
(chiffres non disponibles).

Observation G122

HEI... Maria

(Métastases cérébrales : hémisphère gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Opérée en avril 1972 d'un néoplasme du sein,

1° - Elle est hospitalisée une première fois en février 1974 dans le service du Pr. MANSUY car elle présente une métastase occipitale gauche dont tous les examens confirment l'existence, révélée par un syndrome d'hypertension intracrânienne et une hémianopsie latérale homonyme droite intermittente.

INTERVENTION n° 1 (1.9.74) : Pr. FISCHER :

La tumeur affleure le cortex. Elle a 3 cm de diamètre. Exérèse.

LES SUITES sont très simples mais le 28.6.74, on constate que la malade présente une alexie sans agraphie. L'hémianopsie a disparu.

2° - En octobre 1975, la malade revient dans le service avec des signes patents de récurrence : hémianopsie latérale homonyme droite, syndrome pyramidal hémicorporel droit, syndrome pariétal avec astéréognosie droite, discrète aphasie et persistance de l'alexie sans agraphie.

Le bilan paraclinique confirme la récurrence in situ, mais objective également une métastase pariéto-rolandique et peut être pré-frontale gauche.

INTERVENTION n° 2 (27.10.75) Pr. FISCHER :

Exérèse d'une métastase occipitale gauche de 6 cm de diamètre, s'accompagnant d'un sacrifice parenchymateux s'arrêtant au ras du pédicule veineux temporal postérieur.

DANS LES SUITES ne persiste que le déficit du champ visuel.

3° - En octobre 1976, nouvelle hospitalisation décidée devant la réapparition d'un syndrome pariétal affectant l'hémicorps droit.

INTERVENTION n° 3 (21.10.76) Pr. FISCHER :

Lambeau pariétal gauche : exérèse d'une première tumeur métastatique de 4 à 5 cm de diamètre, facilement clivée.

Il existe une seconde lésion distincte de la précédente, située en arrière de celle-ci. Elle en est séparée par une languette cérébrale de 1 cm d'épaisseur qui est sacrifiée pour les besoins d'une exérèse large. Coagulation de l'artère pariétale postérieure. Au-delà de ces deux métastases, on découvre une cavité kystique correspondant à l'ancienne cavité d'exérèse et de lobectomie occipitale gauche. Aucun signe de récurrence locale.

SUITES OPERATOIRES :

En dehors de l'hémianopsie qui persiste, se révèle une apraxie dont l'évolution va être rapidement régressive.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.3.74 et 26.6.74) : après la première intervention : normal.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	97,5 %	97,5 %
MOTS	±	2,5 %	0 %
	o	0 %	2,5 %

n° 1

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	100 %	100 %
MOTS	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	100 %	100 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %

n° 2

Observation G123

HIM... Zina

56 ans

(Hémiplégie droite. Aphasie de Broca).

RAPPEL CLINIQUE :

Présente une artériopathie des membres inférieurs, pour laquelle il suit un traitement anticoagulant. Il est hospitalisé le 7.8.75 dans le service du Pr. GIRARD car brutalement sont apparues une hémiplégie brachio-faciale droite et une aphasie de type Broca.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : athérome ; signes du croisement.

Champ visuel : normal.

E.E.G. : discret ralentissement intermittent, temporal antérieur gauche.

Scintigraphie cérébrale : image d'hyperfixation en bande, de siège rolandique gauche, évocatrice d'un ramollissement sylvien. Cette image est accolée à la périphérie sur les images de face.

Artériographie carotidienne gauche :

- sténose d'environ 30 % à l'origine de la carotide interne.
- lésions athéromateuses diffuses prédominant au niveau du siphon carotidien.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.9.75) : mélange du double message. avec cependant extinction importante sur l'oreille gauche (surtout pour la répétition des phrases) donc paradoxale.

		O. G.	O. D.
MOTS	+	27,5 %	52,5 %
	±	37,5 %	30 %
	o	35 %	17,5 %
PHRASES	+	10 %	70 %
	±	10 %	20 %
	o	80 %	10 %

Observation G124

JAC... Hélène

50 ans

(1965 : thrombose carotidienne droite
1975 : hémiparésie droite - anarthrie).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée le 18.4.75 dans le service du Pr. MANSUY. Hypertendue, elle a présenté 10 ans plus tôt une hémiplegie gauche qui fut totalement régressive par thrombose carotidienne gauche.

Le séjour actuel est motivé par un nouvel accident vasculaire de survenue brutale, avec cette fois hémiparésie droite accompagnée d'une anarthrie, qui seule persiste au moment de l'examen.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : athérome banal.

Champ visuel : normal.

E.E.G. : normal.

Bilan angiographique : pas d'autre anomalie que la thrombose carotidienne droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (2.5.75) : normal.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	95 %
MOTS	+	0 %	5 %
	o	0 %	0 %

Observation G125

JOU... Isabelle

15 ans

(Ramollissement ischémique sylvien gauche - Oblitération sylvienne partielle).

RAPPEL CLINIQUE :

Migraineuse, entre dans le service du Pr. SCHOTT le 16.8.76 pour bilan de cervicalgies avec blocage de la nuque et épisode amaurotique, faisant suspecter une malformation d'Arnold-Chiari, d'autant que le fond d'oeil, l'E.E.G. et la scintigraphie cérébrale sont normaux.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Une artériographie par technique de Seldinger (17.8.76) faite dans de bonnes conditions, ne montre aucune anomalie, mais est malheureusement suivie, environ 6 h après l'examen, de troubles de conscience régressifs, et surtout d'une hémiplegie droite avec aphasie globale.

L'E.E.G. montre alors un ralentissement constant de la région temporale gauche.

Scintigraphie cérébrale (23.8.76): aspect de ramollissement sylvien étendu.

Une artériographie carotidienne gauche est alors pratiquée qui montre l'existence d'une oblitération partielle de l'artère sylvienne, étendue sur plus de 2 cm, au cours de reperméabilisation, d'aspect embolique.

L'EVOLUTION ultérieure est favorable :

Les troubles moteurs disparaissent totalement en six mois.
L'aphasie régresse également, mais plus lentement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Dr. F. MICHEL : manque du mot à l'expression spontanée ; la malade s'égare vite dans des paraphasies, du jargon et des stéréotypies. L'articulation est parfaite pour les séries, bonne pour la répétition, la compréhension est normale pour les énoncés simples seulement.

La dénomination est très mauvaise, par paraphasies ou néologismes.

Lecture et écriture sont presque conservées. Il n'y a pas d'hémianopsie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.9.76 et 9.11.76) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite.

Dr. ASSAL (Hôpital de Lausanne) 1.3.77 : il n'y a aucun trouble arthrique lors de l'énoncé spontané. Il existe par contre un manque du mot, des paraphasies sémantiques ; les phrases sont souvent de style télégraphique, et la syntaxe est mauvaise. La répétition butte sur les mots polysyllabiques.

La patiente peut lire, écrire ; le calcul est lent, les erreurs y sont nombreuses. Il n'y a pas d'apraxie ou d'agnosie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

	O. G.	O. D.
Chiffres	16/20	13/20
Paires de chiffres	3/5	0/5
Monosyllabes	9/10	4/10
Dissyllabes	27/30	6/30

Persistance d'une extinction sur l'oreille droite.

3.9.76		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
	+	:	77,5 %	:	10 %
		:		:	
	MOTS ±	:	5 %	:	2,5 %
		:		:	
	o	:	17,5 %	:	87,5 %
		:		:	

9.11.76		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
	+	:	80 %	:	0 %
		:		:	
	(MOTS/20 ±	:	10 %	:	10 %
		:		:	
	o	:	10 %	:	90 %
		:		:	

Observation G126

JUI... Georgette

37 ans

(Tumeur pariéto-temporale gauche - astrocytome grade II).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée une première fois en décembre 1973 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT pour une monoplégie supérieure droite isolée, d'installation progressive. Bien que le diagnostic de néoformation rolandique gauche ait été suspecté, tout le bilan paraclinique (E.E.G., fond d'oeil, scintigraphie cérébrale, artériographie carotidienne) est normal et le reste jusqu'en octobre 1974 : il existe alors, en plus du déficit moteur, une amyotrophie de la main droite, et la scintigraphie cérébrale montre une zone d'hyperfixation pariétale gauche.

En janvier 1975, alors qu'il n'y a toujours pas de déficit sensitif :

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. normal.

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

Artériographie carotidienne gauche : aspect de processus expansif pariétal profond avec de face : engagement artériel et veineux de 4 mm, abaissement du point sylvien gauche ; de profil : abaissement des branches postérieures de la sylvienne ; aux temps artériolo-capillaires les vaisseaux sont grêles et tendus et surtout aux temps veineux, le système profond est surmonté par des petits vaisseaux ayant un aspect en flammèche.

Encéphalographie gazeuse : confirme tout à fait le diagnostic de tumeur pariétale postérieure gauche, le ventricule latéral gauche est écrasé, refoulé à droite et les sillons corticaux ne s'imprègnent pas du côté gauche.

INTERVENTION (23.1.75) Pr. GOUTELLE :

Incision à la jonction pariéto-occipitale : on découvre une tumeur volumineuse, charnue, occupant la totalité du lobe pariétal. Exérèse progressive.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Astrocytome grade II.

Ultérieurement, en janvier 1977, la malade est hospitalisée une nouvelle fois pour un syndrome d'hypertension intracrânienne qui va bien réagir au traitement symptomatique.

L'EXAMEN CLINIQUE :

met en évidence un déficit moteur hémicorporel droit à prédominance brachiale ; si le déficit sensitif reste modéré, la main droite est franchement astéréognosique.

Il existe une petite aphasie, mais il n'y a pas d'hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : activité lente pariéto-temporale postérieure gauche.

Scintigraphie cérébrale : gros foyer d'hyperfixation pariétal gauche, témoignant d'une poursuite d'évolution du processus tumoral.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

27.1.77 : on s'attendait à un déficit plus important au vu de la scintigraphie :

- le flux verbal est ralenti, l'articulation un peu "raide" mais on entend plutôt des ratés, des achoppements articulatoires que de véritables paraphrasies. La compétence linguistique est intacte.

- il n'y a pas d'alexie, mais la difficulté de lecture vient d'une mauvaise stratégie oculaire, sans cesse corrigée.

Phrase par phrase, la compréhension est intacte.

- l'écriture avec des lettres mobiles est intacte,

- le calcul mental est détérioré et la malade s'en rend compte.

- le schéma corporel est bien conservé. Il n'y a pas d'agnosie digitale.

- on ne retrouve pas non plus d'indistinction droite-gauche.

- les praxies, les gnosies visuelles sont intactes.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (27.1.77) : extinction importante sur l'oreille gauche, particulièrement pour les phrases, paradoxale par lésion sur la voie calleuse temporo-temporale.

		Q. G.	Q. D.
CHIFFRES	+	40 %	90 %
	±	10 %	10 %
	o	50 %	0 %
MOTS	+	30 %	92,5 %
	±	15 %	7,5 %
	o	55 %	0 %
PHRASES	+	0 %	90 %
	±	10 %	10 %
	o	90 %	0 %

KRO... Martine

25 ans

(Contusion du lobe temporal gauche et du tronc cérébral).

RAPPEL CLINIQUE :

A subi le 13.5.73 un traumatisme crânien avec contusion hémorragique du lobe temporal gauche (ayant nécessité une lobectomie de la pointe) et une contusion du tronc cérébral. Le coma a duré 2 mois, et a laissé place à une hémiparésie droite spastique, avec hémisyndrome cérébelleux gauche, mydriase gauche et troubles de la phonation.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : montre à plusieurs reprises au sortir du coma un ralentissement temporal gauche.

EVOLUTION :

Persistance d'un syndrome pyramidal droit, de la dysphonie, et apparition d'une comitialité généralisée post-traumatique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.7.74) : normal. Il existe cependant une extinction pour les phrases sur l'oreille gauche, d'interprétation difficile, mais qui probablement suggère une difficulté non spécifique à assurer une tâche intellectuelle relativement difficile.

		O. G.	O. D.
	+	95 %	95 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	5 %	5 %
	+	82,5 %	95 %
MOTS	±	7,5 %	5 %
	o	10 %	0 %
	+	0 %	80 %
PHRASES	±	20 %	20 %
	o	80 %	0 %

n° 2

		O. G.	O. D.
	+	100 %	75 %
CHIFFRES	±	0 %	5 %
	o	0 %	20 %
	+	100 %	30 %
MOTS	±	0 %	27,5 %
	o	0 %	42,5 %
	+	60 %	20 %
PHRASES	±	20 %	70 %
	o	20 %	10 %

n° 3

		O. G.	O. D.
	+	100 %	70 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	30 %
	+	57,5 %	52,5 %
MOTS	±	25 %	27,5 %
	o	17,5 %	20 %
	+	80 %	10 %
PHRASES	±	0 %	20 %
	o	20 %	70 %

LAC... Marie Louise

55 ans

(Hématome intra-temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée dans le service du Pr. LECUIRE le 20.8.75 pour une aphasie isolée, d'apparition brutale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : très important ralentissement permanent temporel gauche.

Artériographie carotidienne gauche : volumineuse lésion expansive, avasculaire, temporo-occipitale.

INTERVENTION (25.8.75) Dr. DERUTY :

Evacuation d'un hématome intra-temporal gauche, s'étendant très en arrière, en direction du lobe occipital.

EVOLUTION :

Lente régression des troubles phasiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Le 5.1.75 : difficultés importantes d'expression qui est fluide, mais le discours est émaillé de nombreuses paraphasies et de persévérations. La compréhension est limitée.

Seule la lecture est explorée pour tester le langage écrit : elle est globale et limitée au mot. La lecture des chiffres est mauvaise.

Le 30.9.75 : l'expression orale est en nette amélioration, mais il persiste des paraphasies sémantiques et phonémiques. La compréhension orale est bonne.

La lecture est comprise et retenue. Il existe des difficultés de langage écrit.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.9.75 - post-opératoire) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite.

		Q, G,	Q, D,
CHIFFRES	+	75 %	50 %
	±	15 %	10 %
	o	10 %	40 %
MOTS	+	77,5 %	2,5 %
	±	10 %	10 %
	o	12,5 %	87,5 %
PHRASES	+	70 %	0 %
	±	20 %	0 %
	o	10 %	100 %

LAF... Joannes

58 ans

(Sténose de la carotide interne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade admis dans le service du Pr. DEVIC en octobre 1973 ;
il a présenté un an plus tôt et quelques jours auparavant un accident transi-
toire d'aphasie d'expression sans déficit moteur. L'examen neurologique
est normal à l'entrée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : met en évidence des anomalies lentes intermittentes,
temporales gauches, uniquement au cours de l'hyperpnée.

Scintigraphie cérébrale : sur le profil gauche, foyer temporal
antérieur peu intense.

Artériographie carotidienne gauche : sténose à plus de 50 %
de la carotide interne, juste à son origine.

INTERVENTION (1.2.74) Pr. GOUTELLE :

Endartériectomie.

Suivie d'une hémiparésie brachio-faciale droite, régressive, d'une
petite aphasie d'expression et de troubles mnésiques.

EVOLUTION : favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (12.11.73) : mauvaises performances
d'ensemble le déficit prédominant cependant sur l'oreille gauche, donc de type
paradoxal.

		Q, G,	Q, D,
	+	80 %	100 %
CHIFFRES	+	5 %	0 %
	o	15 %	0 %
	+	52,5 %	87,5 %
MOTS	+	25 %	5 %
	o	22,5 %	7,5 %
	+	20 %	95 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	80 %	5 %

Observation G131

LAH... Laticène

20 ans

(Abcès temporo-occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. LECUIRE pour des symptômes évoquant un abcès cérébral : scoliotique, mis en traction par halo crânien, il vient de présenter dans un contexte fébrile, une aphasie d'expression.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement temporo-occipital gauche.

Artériographie carotidienne gauche : volumineux processus expansif avasculaire de la région temporale.

INTERVENTION (25.3.73) Dr. BRET :

Le cortex temporo-occipital est extrêmement tendu, déplié et présente, en arrière une discrète contusion. Une première exploration à la partie antérieure du lobe temporal ne met pas en évidence d'abcès mais permet de découvrir un tissu de ramollissement. On se porte alors plus en arrière, en regard de la zone de contusion. A 2 cm de profondeur, on découvre l'abcès qui est énucléé en masse.

EVOLUTION :

Favorable : lente régression de l'aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.11.73) :

Récupération remarquable du langage, compte-tenu du siège de la lésion. Le patient conserve cependant un peu de manque du mot, une dysorthographe importante, une lecture servile.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : pratiquement normal (légère asymétrie au détriment de l'oreille droite).

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	95 %	75 %
	±	5 %	22,5 %
	o	0 %	2,5 %
PHRASES	+	30 %	10 %
	±	60 %	70 %
	o	10 %	20 %

LAM... Michel

27 ans

(Hématome intra-cérébral spontané frontal postérieur gauche, sus-sylvien et pré-rolandique rompu dans le ventricule).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admis le 19.8.75 dans le service du Pr. ALLEGRE pour un syndrome d'hémorragie cérébro-méningée avec hypertension intracrânienne. L'examen objective une hémiparésie droite brachio-faciale et de discrets troubles du langage.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : somnolence permanente et ralentissement fronto-temporal antérieur gauche.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne gauche : met en évidence un processus expansif contenant des néo-vaisseaux, frontal, sus-sylvien, abaissant les insulaires et la veine septale.

Encéphalographie gazeuse : le IIIe ventricule est en position médiane ; le ventricule latéral gauche est déformé. Sur ce dernier est appendue une cavité de siège frontal haut, parasagittale, de près de 5 cm de haut sur 3 cm de large, montant presque jusqu'à la voûte et communiquant avec la corne frontale gauche. Cet aspect est celui d'un hématome intra-cérébral rompu dans le ventricule.

INTERVENTION (1.9.75) Dr. PIERLUCA :

Evacuation d'un hématome frontal postérieur gauche, sus-sylvien, et pré-rolandique, situé à 3 cm de profondeur, dont les parois sont en voie d'organisation. L'hématome est rompu dans la corne frontale, au niveau de sa paroi supérieure et interne, mais le trou de Monro est perméable.

Il n'y a ni tumeur, ni malformation vasculaire.

LES SUITES OPERATOIRES sont simples, avec cependant quelques troubles phasiques régressifs.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (12.9.75 - post-opératoire) :

Ce patient présente un manque du mot avec difficultés d'évocation, des troubles de l'attention et des persévérations fréquentes.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : difficile à réaliser en raison des troubles de l'attention, met cependant en évidence une extinction partielle (environ 60 %) sur l'oreille gauche, donc paradoxale.

		O. G.	O. D.
	+	40 %	60 %
(CHIFFRES	-	10 %	0 %
	o	50 %	40 %
	+	20 %	75 %
(MOTS	-	20 %	7,5 %
	o	60 %	17,5 %
	+	0 %	50 %
(PHRASES	-	50 %	50 %
	o	50 %	0 %

LAR... Gustave

67 ans

(Thrombose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 25.11.74 dans le service du Pr. MANSUY
En plusieurs mois s'est installé un déficit moteur de l'hémicorps droit
à prédominance brachiale.

A l'entrée dans le service, l'examen objective un syndrome
pyramidal droit, une astéréognosie de la main droite et le malade se plaint
de douleurs du membre supérieur droit, à topographie pseudo-radiculaire, et
d'une impression de doigts boudinés. L'E.E.G. est normal et brusquement apparaît
une aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Artériographie carotidienne gauche : oblitération complète de la
carotide interne gauche à 1 cm de son origine, sans réinjection tardive sus-
jacente.

Scintigraphie cérébrale : il existe deux foyers de fixation :

- l'un est situé dans la région frontale gauche,
- l'autre dans la région pariétale moyenne gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (17.12.74) : extinction importante
sur l'oreille gauche, donc paradoxale.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
+		:	15 %	:	95 %
		:		:	
CHIFFRES ±		:	10 %	:	0 %
		:		:	
o		:	75 %	:	5 %
		:		:	
		:		:	
+		:	12,5 %	:	72,5 %
		:		:	
MOTS ±		:	50 %	:	17,5 %
		:		:	
-		:		:	
o		:	37,5 %	:	10 %
		:		:	
		:		:	
+		:	0 %	:	90 %
		:		:	
PHRASES ±		:	30 %	:	10 %
		:		:	
		:		:	
o		:	70 %	:	0 %
		:		:	
		:		:	

Observation G134

LAR... Robert

30 ans

(Gliome temporal gauche + lobectomie).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY en septembre 1972 à la suite d'une première crise comitiale généralisée. Initialement l'examen clinique n'objective qu'un petit manque du mot, sans autre signe déficitaire ; si fond d'oeil, E.E.G., champ visuel, scintigraphie cérébrale sont normaux, l'artériographie carotidienne gauche et l'encéphalographie gazeuse orientent vers un processus expansif temporal gauche.

INTERVENTION n° 1 (2.10.72) Pr. FISCHER :

Le cerveau est peu modifié, mais la pointe du lobe temporal gauche est de consistance ramollie. En arrière, le tissu cérébral est suspect sans plus. Il existe donc une discordance entre les données opératoires et les constatations angiographiques.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Ne trouve qu'un tissu de "gliose".

LES SUITES OPERATOIRES :

Les suites immédiates sont simples, mais le malade est suivi régulièrement car le diagnostic de tumeur temporale est maintenu. En aout 1973 on constate une aggravation des troubles phasiques, une hémiplégie faciale droite et une hémianopsie latérale homonyme droite, qui conduisent à refaire une artériographie et une encéphalographie gazeuse, confirmant le diagnostic porté initialement.

INTERVENTION n° 2 (24.8.73) Pr. FISCHER :

Cette fois on découvre une volumineuse tumeur temporale affleurant la convexité : lobectomie temporale gauche, jusqu'au niveau du pédicule veineux temporal postérieur. La corne temporale est considérablement refoulée en arrière.

A la fin de l'exérèse qui a porté jusqu'à T5, on voit très bien toute l'anatomie de la région depuis la carotide jusqu'à la face latérale du pédoncule.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Gliome grade III.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples. Pas de déficit moteur ou sensitif, pas d'aggravation des troubles phasiques, jusqu'en janvier 1974 où s'amorce une dégradation progressive de l'état de santé.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.8.73, soit six jours après la seconde intervention) : extinction importante sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.

	+	75 %	25 %
CHIFFRES	±	25 %	25 %
	o	0 %	50 %

	+	92,5 %	20 %
MOTS	±	5 %	5 %
	o	2,5 %	75 %

	+	60 %	30 %
PHRASES	±	30 %	10 %
	o	10 %	60 %

Observation G135

LEB... Jean Marie

61 ans

(Méningiome de la convexité fronto-temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

A présenté plusieurs crises comitiales sensitivo-motrices partielles, faciales et brachio-faciales droites lorsqu'il est hospitalisé dans le service du Pr. GIRARD en juin 1973. L'interrogatoire du malade permet de retrouver des troubles phasiques au cours des crises avec suspension du langage ou bégaiement. L'examen clinique à l'entrée est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : normal, mais l'écho est dévié de 5 mm vers la droite.

Scintigraphie cérébrale : forte hyperfixation superficielle pariéto-temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche : processus expansif imprégné, temporal gauche, avec sur les séries de face, débord artériel et veineux de 1 cm ; l'angle sylvien est en situation très interne et on note un aspect d'encorbellement de plusieurs artères du groupe sylvien. De profil : tumeur imprégnée occupant la région temporale antérieure et moyenne ainsi que la région insulaire.

INTERVENTION (3.7.73) Dr. RAVON :

Exérèse d'un méningiome de la convexité fronto-temporale gauche : le méningiome s'étale à la surface du cortex et il est assez facilement clivable vers la profondeur, dans laquelle il s'enfonce d'environ 7 à 8 cm. En avant, l'exérèse est rendue difficile par un prolongement qui s'insinue dans la vallée sylvienne. Le cerveau sous-jacent a un aspect ramolli.

LES SUITES OPERATOIRES :

Hémiplégie brachio-faciale droite et aphasie d'expression.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.6.73, pré-opératoire) :

Objective une extinction modérée sur l'oreille droite se traduisant surtout par de nombreuses réponses incertaines.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	90 %
	±	5 %	5 %
	o	0 %	5 %
MOTS	+	75 %	45 %
	±	20 %	47,5 %
	o	5 %	7,5 %
PHRASES	+	40 %	20 %
	±	50 %	70 %
	o	10 %	10 %

Observation G136

LEVY Marthe

73 ans

(Ramollissement dans le territoire sylvien gauche. Surdité verbale).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admise le 10.11.76 dans le service du Pr. DEVIC. Elle présente une aphasie et une hémianopsie latérale homonyme droite d'installation brutale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. : montre un ralentissement intermittent de la région temporale gauche avec des décharges d'ondes lentes dans la région pariéto-temporale gauche sans traduction clinique.

La scintigraphie cérébrale : objective un volumineux foyer ramifié sylvien gauche, caractéristique d'un ramollissement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (Dr. F. MICHEL) :

16.11.76: Ce qui est étonnant, c'est l'aisance dans la situation de dialogue de cette malade qui pourtant, ne saisit à peu près rien de ce qu'on lui dit et ne peut guère exprimer que des choses très simples par des phrases toutes faites. Elle perçoit très bien le fait qu'elle s'exprime mal moins bien celui qu'elle comprend mal.

L'énoncé spontané est tout de même possible, peu informatif, mais bien articulé avec très peu de paraphrasies ou de néologismes, ce qui surprend un peu. La répétition n'est pas possible, la désignation non plus.

C'est dire que dans cette aphasie, la surdité verbale est au premier plan. Il est donc difficile de savoir où en est l'aptitude linguistique derrière ce barrage quasi-infranchissable.

La malade est en outre alexique, et si elle a conservé le geste graphique, c'est pour écrire des néologismes qui reproduisent ce qu'elle dit au même moment.

Elle est capable de dessiner.

Les praxies id atoires sont médiocres.

Si on totalise tous les déficits décrits ci-dessus, on pourrait penser à une situation catastrophique, mais quand on voit et entend la malade l'impression est toute autre.

17.11.76 : évolution favorable rapide : la malade peut désigner sur ordre, peut lire des mots isolés, mais ne perçoit toujours pas le sens d'une phrase longue ou ambiguë.

Elle reconnaît les visages et les couleurs.

Le 8.2.73 : la malade garde un manque du mot, mais le langage automatique est très bien conservé. La surdité verbale reste l'élément majeur.

L'écriture, la lecture sont quasi-normales ainsi que le calcul.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.11.76) : extinction importante sur l'oreille droite, révélée par désignation.

(	:	:	)
(	:	O. G. :	O. D.)
(	:	:	)
(	:	:	)
(	+	70 % :	15 %)
(	:	:	)
(	MOTS + :	0 % :	0 %)
(	:	:	)
(	o :	30 % :	85 %)
(	:	:	)
(	:	:	)

Observation G137

LHE... Gabriel

61 ans

(gliome temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY le 25.6.75. Depuis un traumatisme crânien récent se sont installés progressivement un syndrome confusionnel, une hémiparésie droite et une aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : signes de souffrance hémisphérique gauches, prédominant dans la région fronto-temporale.

Artériographie carotidienne gauche : volumineux processus expansif avasculaire, temporal gauche.

INTERVENTION (25.6.75) Pr. FISCHER :

Le lobe temporal est très tendu. Après incision du cortex, on découvre une volumineuse tumeur temporale de consistance ferme. Il existe un plan de décollement entre la tumeur et le cerveau ; exérèse complète de la tumeur qui adhère à la dure-mère au niveau de la base.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Gliome de grade IV.

LES SUITES OPERATOIRES :

Après très simples, on assiste même à une régression de l'hémiplégie et de l'aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : mauvaises performances d'ensemble, sans asymétrie notable.

		O. G.	O. D.
+		90 %	95 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	10 %	5 %
+		60 %	67,5 %
MOTS	±	7,5 %	15 %
	o	32,5 %	17,5 %
+		10 %	30 %
PHRASES	±	50 %	70 %
	o	40 %	0 %

Observation G138

LOM... Hugnette

45 ans

(Métastase frontale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Admise dans le service du Pr. GIRARD le 24.4.76, opérée deux ans plus tôt d'un cancer du sein, elle a dû subir une ovariectomie après récurrence ganglionnaire axillaire trois mois auparavant.

Le 23.4.76, survient une première crise comitiale faciale droite, suivie d'une hémiparésie droite avec aphasie d'expression, sans trouble de la compréhension ; une crise généralisée se produit quelques heures plus tard. Elle est suivie d'une aggravation du déficit moteur et d'une longue obnubilation.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement temporal antérieur gauche.

Scintigraphie cérébrale : très net foyer assez typique de métastase, se projetant dans l'aire de Broca.

Artériographie carotidienne gauche : métastase frontale unique, située juste en avant et en dedans de la vallée sylvienne, de 2 cm de diamètre environ.

INTERVENTION (19.5.76) Dr. DERUTY :

Volet frontal gauche. Exérèse en bloc de la métastase frontale située en superficie, ayant la taille d'une mirabelle.

LES SUITES OPERATOIRES :

Les suites immédiates sont simples : disparition de l'hémiplégie et de l'aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.6.76, post-opératoire) : normal pour la répétition des chiffres et des mots. Il apparaît une asymétrie lors de la répétition des phrases, sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
+		100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		75 %	80 %
MOTS	±	17,5 %	12,5 %
	o	7,5 %	7,5 %
+		60 %	10 %
PHRASES	±	30 %	30 %
	o	10 %	60 %

Observation G139

MAR... Halina

23 ans

{Hémiplégie droite et aphasie de compréhension survenues dans le post-abortum : encéphalite ou thrombophlébite cérébrale }.

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en novembre 1972 dans le service du Pr. MANSUY puis dans celui du Pr. GIRARD : dans le post-abortum, dans un contexte hyperthermique est survenue une crise convulsive tonico-clonique hémicorporelle droite, suivie d'une hémiplégie droite avec aphasie. Le bilan paraclinique a du mal à trancher entre le diagnostic de thrombophlébite cérébrale et celui d'encéphalite présuppurative.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : initialement il existe du côté droit une activité lente alternant avec de courtes phases de dépression, tandis qu'à gauche on note des ondes très lentes, présentant un certain caractère rythmique alternant avec des pointes-ondes très lents et des phases de dépression synchrones de celles observées au niveau de l'hémisphère droit.

L'écho est dévié de 2 mm vers la droite.

Plus tard, il persiste seulement une activité lente temporo-occipitale gauche.

Gammaencéphalographie : important foyer temporo-pariétal gauche.

Scintigraphie cérébrale : normale.

Artériographie carotidienne gauche : discussion d'une image d'encorbellement dans la région pariétale.

Artériographie carotidienne droite : normale.

Là patiente est revue cinq ans plus tard, l'aphasie a disparu. Il n'y a plus aucun trouble moteur. Cependant est apparue une épilepsie avec crises sensitives partielles droites à marche jacksonienne, et crises généralisées grand mal.

L'E.E.G est normal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (12.12.72) :

Il existe une aphasie de compréhension importante sans aucun trouble de l'expression.

La malade est alexique et agraphique.

La dénomination des couleurs est spécialement mauvaise.

Pas d'indistinction droite-gauche, mais apraxie idéatoire.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.7.73) : extinction modérée
sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	90 %	65 %
CHIFFRES	±	5 %	25 %
	o	5 %	10 %
	+	67,5 %	17,5 %
MOTS	±	25 %	45 %
	o	7,5 %	37,5 %
	+	30 %	10 %
PHRASES	±	50 %	40 %
	o	20 %	50 %

Observation G140

MAR... Krikor

75 ans

(Hémiplégie droite en 1974. Syndrome pseudobulbaire en 1976 et anarthrie).

RAPPEL CLINIQUE :

Ambidextre hospitalisé en septembre 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. En juillet il a fait un accident vasculaire cérébral avec hémiparésie brachio-faciale droite et anarthrie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : composante lente intermittente temporale antérieure et moyenne gauche à l'hyperpnée (24.9.74).

Revu en novembre 1976, le patient présente alors un syndrome pseudo-bulbaire. Les anomalies de l'E.E.G. persistent, mais la scintigraphie cérébrale est normale.

EXAMENS NEUROPSYCHOLOGIQUES :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.9.74) :

Objective une extinction sur l'oreille gauche qui n'est pas confirmée lors de la répétition des phrases où le déficit s'inverse.

En l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible d'expliquer ce résultat.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
		:		:	
CHIFFRES	+	:	45 %	:	90 %
	±	:	15 %	:	5 %
	-	:		:	
	o	:	40 %	:	5 %
		:		:	
MOTS	+	:	27,5 %	:	62,5 %
	±	:	12,5 %	:	12,5 %
	-	:		:	
	o	:	60 %	:	25 %
		:		:	
PHRASES	+	:	80 %	:	10 %
	±	:	10 %	:	10 %
	-	:		:	
	o	:	10 %	:	80 %
		:		:	

Observation G141

MAR... Jules

61 ans

(Sarcome cérébral rolandique gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé une première fois en août 1975 dans le service du Pr. DEVIC. Il présente une hémiparésie faciale droite et des troubles phasiques à prédominance arthrique. Le bilan hospitalier est alors normal.

Il revient dans le service en octobre 1975 : les troubles du langage se sont nettement aggravés ainsi que les troubles moteurs, puisqu'il existe maintenant une hémiparésie brachio-faciale droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : activité lente, intermittente, temporale antérieure gauche.

Scintigraphie cérébrale : foyer fronto-pariétal gauche, arrondi à peine séparé de la périphérie, évocateur d'un processus expansif malin.

Artériographie carotidienne gauche : processus expansif intra-hémisphérique gauche, frontal postérieur, relativement profond.

L'aggravation se poursuivant, avec apparition d'une hémiplégie droite, on se décide à opérer :

INTERVENTION (9.12.75) Pr. FISCHER :

Volet rolandique gauche : incision au niveau du sillon postérieur à la circonvolution rolandique qui est ramollie. A 1 cm de profondeur, on découvre une tumeur nécrotique, sans limite nette avec le parenchyme sain, qui est développée en profondeur. Exérèse large, mais incomplète.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Sarcome cérébral.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (8.10.75, pré-opératoire):

Le malade présente une dysarthrie qui a passé le cap d'un trouble moteur, car il fait des paraphasies phonémiques. Il n'y a pas d'apraxie bucco-faciale. Le geste graphique est de type hypotonique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (8.10.75) : normal.

		O. G.	O. D.
+		95 %	100 %
(CHIFFRES	±	5 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		100 %	95 %
MOTS	±	0 %	0 %
	o	0 %	5 %

Observation G142

MAR... José Maria

82 ans

(Traumatisme crânien : contusion temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre dans le service du Pr. MANSUY en mars 1974 à la suite d'un traumatisme crânien avec fracture de la voûte, à droite. Il est obnubilé, aphasique, mais ne présente pas de déficit moteur.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. (26.3.74) : ralentissement diffus de l'activité et ralentissement temporal gauche. L'écho est dévié de 2 mm vers la droite.

Artériographie carotidienne :

- droite : normale.

- gauche : aspect de gros lobe temporal permettant de faire le diagnostic de contusion à ce niveau.

Etant donné les circonstances, abstention chirurgicale : après deux mois d'évolution spontanée, l'état neuropsychologique est normal ainsi que l' E.E.G.

EXAMEN : NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : (1.4.74) extinction importante sur l'oreille droite.

	:	O. G.	:	O. D.	)
(	:		:		)
(	:		:		)
(	+	65 %	:	25 %	)
(	:		:		)
(	CHIFFRES	0 %	:	5 %	)
(	:		:		)
(	o	35 %	:	70 %	)
(	:		:		)
(	+	55 %	:	12,5 %	)
(	:		:		)
(	MOTS	17,5 %	:	5 %	)
(	:		:		)
(	o	27,5 %	:	82,5 %	)
(	:		:		)
(	+	20 %	:	0 %	)
(	:		:		)
(	PHRASES	60 %	:	20 %	)
(	:		:		)
(	o	20 %	:	80 %	)
(	:		:		)

MAZ... Simone

48 ans

(Anévrysme de la communicante antérieure).

RAPPEL CLINIQUE :

Est admise le 30.9.74 dans le service du Pr. ALLEGRE pour un syndrome d'hémorragie méningée sans signe de localisation clinique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne droite puis gauche montre l'existence d'un anévrysme de la communicante antérieure, tandis que l'artère péricalleuse est tendue et déroulée sur un gros ventricule latéral.

INTERVENTION (8.10.74) Pr. GOUTELLE :

Lobectomie préfrontale gauche étant donné la présence d'un oedème cérébral et d'un hématome intra-frontal. Pose d'un clip sur le collet de l'anévrysme.

SUITES OPERATOIRES :

Les suites sont troublées par une négligence motrice droite, associées à des troubles mnésiques, et à une perte de la spontanéité du langage, de type frontal.

Ultérieurement, apparition d'une comitialité généralisée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (31.10.74) :

La malade frappe par son aspontanéité aimable et indifférente. Elle ne s'exprime pratiquement pas spontanément, elle répond tout juste aux questions, mais la compréhension est intacte et la lecture est normale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.10.74 - post-opératoire) :

Extinction totale sur l'oreille droite (difficile à comprendre).

		O. G.	O. D.
	+	100 %	0 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %
	+	100 %	0 %
MOTS	±	0 %	25 %
	o	0 %	75 %
	+	100 %	0 %
PHRASES	±	0 %	0 %
	o	0 %	100 %

MEY... Lucienne

(Oligodendrogliome pariétal gauche en 1966, récurrence en 1969, envahissant le tiers postérieur du corps calleux).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre pour la première fois en septembre 1966, à l'âge de 45 ans, dans le service du Pr. GIRARD ; elle présente un syndrome d'hypertension intracrânienne, mais depuis 4 ans déjà, elle a des difficultés transitoires pour se servir de la main droite qu'elle sent parfois inutile. L'examen objective une hémiparésie droite avec agnosie digitale, une altération de la sensibilité profonde sur l'hémicorps droit, mais il n'y a aucun trouble du langage.

Tous les examens paracliniques confirment l'existence d'une tumeur pariétale gauche, de nature oligogliale étant donné la présence de calcifications bien visibles.

Le 10.10.66 elle est opérée par le Pr. LAPRAS : exérèse d'un oligodendrogliome pariétal gauche.

LES SUITES OPERATOIRES : sont simples ; la malade ne conserve qu'un déficit sensitif peu gênant et de rares crises somesthésiques brachiales droites jusqu'à la fin du mois d'avril 1969.

Elle revient alors dans le service pour réapparition des céphalées, avec à l'examen déficit sensitivo-moteur de la main droite.

INTERVENTION n° 2 (2.5.69) Pr. LAPRAS :

récurrence d'oligodendrogliome pariétal postérieur gauche. Incision corticale à la jonction pariéto-occipitale. En profondeur, on découvre une volumineuse récurrence, charnue, qui s'étend assez loin en avant, adhérant à la faux du cerveau et envahissant le tiers postérieur du corps calleux. L'exérèse est aussi large que possible mais il reste des fragments tumoraux dans la zone sous-rolandique et dans le corps calleux.

LES SUITES OPERATOIRES :

Apparition d'une hémianopsie latérale homonyme droite, mais il n'y a pas d'apraxie, pas de syndrome de Gertsman.

En janvier 1973, nouveau séjour hospitalier, motivé par l'apparition de troubles paroxystiques du langage. Les examens paracliniques ne montrent pas de signe de récurrence.

INTERVENTION n° 3 (15.1.76) Dr. BRUNON :

Evacuation d'un empyème sous-dural gauche. La partie moyenne du lobe temporal est le siège d'un abcès qui est évacué.

L'état du patient s'aggrave une fois encore le 17.1.76 : il présente alors un coma aréactif, conduisant à :

INTERVENTION n° 4 (18.1.76) Pr. FISCHER :

Il n'y a ni empyème ni abcès collecté : on pratique l'exérèse d'une zone ramplie, dans la région du carrefour hémisphérique gauche.

L'évolution se fait ensuite très lentement vers l'amélioration avec cependant aphasie séquellaire et hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (9.7.76) :

Chez ce malade gaucher, mais écrivant de la main droite, on observe une très rare dissociation entre le langage spontané et le langage obtenu au cours des tests les plus simples.

En effet, l'énoncé spontané est fluent, bien articulé, avec de bonnes intonations, un vocabulaire riche, et une grammaire correcte.

Mais dès qu'il est dans une situation de test, il échoue :

- la répétition des syllabes est à peine correcte, la répétition des mots est très difficile.
- la dénomination est catastrophique : il cherche longtemps le mot s'encombre de stéréotypies, puis propose des néologismes.
- la dénomination des couleurs est aléatoire
- la désignation des images est un peu meilleure.
- toute lecture est impossible.
- il peut signer et écrire son nom, mais pas plus. Quand on le force à écrire de la main gauche, il attaque en miroir.

La compréhension est normale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite (6.7.76), qui persiste le 8.4.77.

	:	:	:
	:	O. G.	O. D.
	:	:	:
	:	:	:
	+	70 %	10 %
	:	:	:
MOTS	±	10 %	5 %
/40	:	:	:
	o	20 %	85 %
	:	:	:
	:	:	:

	:	:	:
	:	O. G.	O. D.
	:	:	:
	:	:	:
	+	97,5 %	0 %
	:	:	:
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
/ 40	:	:	:
	o	0 %	97,5 %
	:	:	:
	:	:	:

MIC... Marie-Antoinette

54 ans

(Glioblastome des noyaux gris centraux).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en décembre 1975 dans le service du Pr. SCHOTT : elle présente une hémiparésie droite d'installation progressive, associée à un déficit sensitif spinothalamique et une astéréognosie. L'examen clinique objective également un élément cérébelleux hémicorporel droit, avec dysmétrie. Il n'y a ni hémianopsie, ni aphasie, mais la patiente présente dans le service, un épisode d'hallucination somatognosique avec impression de lévitation du membre supérieur droit, perçu "comme séparé du corps".

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et E.E.G. sont normaux.

Scintigraphie cérébrale : foyer hémisphérique gauche arrondi assez profond, au niveau des noyaux gris centraux.

Artériographie carotidienne gauche : opacifie une image arrondie de 3 cm de diamètre, persistant aux temps veineux, avec un petit engagement veineux de face et abaissement des dernières insulaires, de profil.

INTERVENTION (24.12.75) Pr. LAPRAS :

Incision du cortex pariétal dans la région postérieure haute. Très profondément, au niveau du carrefour ventriculaire, on découvre une tumeur d'aspect malin : biopsie.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Glioblastome isomorphe.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (4.2.76 - post-opératoire) :

Il est relativement facile de converser avec la malade, car elle n'a pas de difficulté de compréhension. Par contre, elle perd vite le fil de son propre discours, cherche ses mots et propose avec gêne des paraphrasies.

Elle présente également les éléments du syndrome de Gertsman et une apraxie unilatérale gauche de type idéomoteur (la main droite est inutilisable). Il n'y a pas d'autotopoagnosie, pas d'anomie de la main gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.1.73) :

Le malade a de la difficulté à décoder les messages droits et gauches. Cependant, l'oreille gauche est celle qui perçoit le moins bien. Il s'agit d'une extinction paradoxale.

EVOLUTION ULTERIEURE :

Récidive et évolution terminale à la fin de l'année 1975.

		O. G.	O. D.

	+	20 %	50 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	80 %	50 %

	+	20 %	45 %
MOTS	±	5 %	12,5 %
	o	75 %	42,5 %

	+	0 %	70 %
PHRASES	±	20 %	20 %
	o	80 %	10 %

Observation G146

MOR... Gérard

42 ans

(Embarrure temporale gauche : hématome intra-temporal puis empyème sous-dural et abcès temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Gaucher, il présente une embarrure pariéto-temporale gauche post-traumatique lorsqu'il est admis dans le service du Pr. MANSUY le 27.12.75. Il n'y a pas de signes neurologiques déficitaires.

INTERVENTION n° 1 (29.12.75) Dr. BRUNON :

Relèvement de l'embarrure. On découvre une vaste plaie durale allant de la portion moyenne du lobe temporal gauche à la région pariétale avec en regard de cette brèche, une contusion corticale.

LES SUITES OPERATOIRES :

immédiates sont simples, mais le 3.1.76, apparaît rapidement une aphasia suivie de gros troubles de conscience.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement global de l'activité cérébrale et un foyer d'ondes lentes permanentes, temporal gauche.

L'artériographie carotidienne gauche : gros lobe temporal qui est le siège d'une contusion hémorragique.

INTERVENTION n° 2 (3.1.76) Dr. SINDOU :

Le lobe temporal est le siège d'une contusion hémorragique avec hématome intra-temporal important allant jusqu'au-dessous de la vallée sylvienne : évacuation.

L'état de conscience s'améliore un peu, mais il persiste une hémiplégie droite avec aphasia lorsqu'après une période fébrile, se produit le 15.1.76 une nouvelle aggravation avec coma et mydriase droite.

L'artériographie carotidienne gauche objective alors un décollement de 1 cm au niveau de la convexité et un processus expansif temporal postérieur.

Le champ visuel et les gnosies ne sont pas touchés.
La lecture des phrases est possible.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) : extinction importante sur l'oreille gauche, paradoxale par lésion sur la voie callosale temporo-temporale.

		O. G.	O. D.
	+	50 %	40 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	50 %	60 %
	+	5 %	50 %
MOTS	±	27,5 %	32,5 %
	o	67,5 %	17,5 %
	+	20 %	40 %
PHRASES	±	20 %	40 %
	o	60 %	20 %

Observation G147

MIO... Hélène

51 ans

(Angiome diencéphalique opéré en 1965. Hémiplégie droite et aphasie d'expression séquellaires).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisée en décembre 1974 dans le service du Pr. DEVIC à la suite d'une perte de connaissance.

En 1965, elle a été opérée d'une malformation vasculaire d'aspect angiomateux, avec une ectasie anévrysmale, siégeant en pleine région diencéphalique, du côté gauche s'accompagnant d'un hématome intra-cérébral.

Elle conserve depuis une hémiplégie droite spasmodique et une aphasie. De plus, dans le service, on constate une hypothermie (35°) avec absence totale de thermo-régulation affirmée par une exploration physiologique par immersion au cours de laquelle se reproduit une perte de connaissance.

En mars 1975, l'E.E.G. objective des ondes lentes dans la région fronto-temporale gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La scintigraphie cérébrale est normale.

L'artériographie carotidienne gauche évoque l'existence d'une dilatation ventriculaire.

L'encéphalographie gazeuse confirme largement les données de l'artériographie. La dilatation ventriculaire prédomine nettement à droite où il existe par ailleurs un processus atrophique rétractile.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Aphasie d'expression.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (17.1.75) : extinction quasi-totale sur l'oreille droite, qui ne peut s'expliquer que par une lésion du corps genouillé interne.

(	:	:	:	)
(	:	O. G.	:	O. D.
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)
(	+	87,5 %	:	0 %
(	:	:	:	)
(	MOTS	±	7,5 %	2,5 %
(	:	:	:	)
(	o	5 %	:	97,5 %
(	:	:	:	)
(	:	:	:	)

Observation G148

MIO... Jean

61 ans

(Glioblastome pariéto-occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre dans le service du Pr. GIRARD pour bilan d'une hémiparésie droite sensitivo-motrice, d'installation progressive, associée à une aphasie, une alexie, une hémianopsie latérale homonyme droite le 25.8.73.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement hémisphérique gauche localisé, surtout au niveau des régions moyennes.

Scintigraphie cérébrale : foyer hyperfixant, arrondi, pariétal postérieur gauche.

Artériographie carotidienne gauche : de profil les branches cérébrales moyennes sont refoulées en avant. Il existe une lésion, avec néo-vaisseaux de siège temporo-occipital, volumineuse, étendue sur plus de 8 cm dans le sens antéro-postérieur, les néo-vaisseaux s'observant en avant de la scissure de Rolando, à la partie haute.

INTERVENTION (4.9.73) Dr. BRUNON :

Exérèse d'un glioblastome pariéto-occipital gauche, du volume d'une mandarine.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (3.9.73 - pré-opératoire) :

Extinction sur l'oreille droite, s'accompagnant de nombreuses réponses paraphasiques pour les messages donnés à l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	95 %	35 %
CHIFFRES	+	0 %	15 %
	o	5 %	50 %
	+	90 %	20 %
MOTS	+	5 %	42,5 %
	o	5 %	37,5 %
	+	60 %	10 %
PHRASES	+	20 %	50 %
	o	20 %	40 %

Observation G149

MON... Henri

52 ans

(Hémorragie cérébro-méningée dans la région du carrefour pariéto-temporo-occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre le 27.2.74 dans le service du Pr. MANSUY pour un syndrome d'hémorragie cérébro-méningée dans la région du carrefour pariéto-temporo-occipital gauche, avec cliniquement obnubilation, hémiplégie droite et aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : importante souffrance hémisphérique gauche, prédominant dans la région temporale. L'écho est en place.

Artériographie carotidienne gauche : il n'y a pas de malformation vasculaire, pas d'hématome.

EVOLUTION : seule l'aphasie persiste après 10 mois d'évolution spontanée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Aphasie de Wernicke.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : pas d'asymétrie, mais mauvaise discrimination des messages droits et gauches, provoquant des néologismes.

Observation G150

MOR... Jeanne

65 ans

(Méningiome du pôle occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Présente des stigmates cutanés de maladie de Recklinghausen. Elle est adressée dans le service du Pr. ALLEGRE par un autre service hospitalier, où a été porté le diagnostic de néoformation occipitale gauche. Les seuls symptômes étaient représentés par des céphalées temporales gauches évoluant depuis 10 ans.

INTERVENTION (11.3.74) Pr. GOUTELLE :

Exérèse d'un méningiome polaire occipital gauche, de la taille d'une prune, inséré sur la tente du cervelet, nécessitant une résection économique du bord occipital gauche.

SUITES OPERATOIRES :

Hémianopsie latérale homonyme droite séquellaire.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (pré-opératoire 5.3.74) : il n'y a pas d'asymétrie.

	:	O. G .	:	O. D.
	:		:	
	+	40 %	:	50 %
(CHIFFRES	±	10 %	:	0 %
	o	50 %	:	50 %
	:		:	
	+	50 %	:	60 %
(MOTS	+	20 %	:	22,5 %
	-	30 %	:	17,5 %
	o		:	
	:		:	
	+	10 %	:	70 %
(PHRASES	±	50 %	:	20 %
	o	40 %	:	10 %
	:		:	

Observation G151

MOR... Marcel

66 ans

(Ramollissement ischémique dans le territoire sylvien gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Athéromateux, présentant des séquelles anciennes de nécrose myocardique, est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY pour bilan d'une hémiparésie droite sensitivo-motrice, avec aphasie transitoire mais à rechute. A l'entrée dans le service le 15.5.73, ne persiste que l'aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : artères grêles, quelques signes du croisement.

Champ visuel : normal.

E.E.G. : importante composante lente temporale gauche.

Gammagraphie : foyer fronto-temporal gauche évoquant plus un ramollissement qu'une lésion expansive.

Artériographie carotidienne gauche : normale.

On retient cependant le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ischémique dans le territoire sylvien gauche, bien que la P.E.G. ait objectivé une dilatation ventriculaire bilatérale, prédominant du côté gauche associée à une atrophie corticale, frontale moyenne et rolandique gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (22.5.73) Dr. F. MICHEL :

Ce malade présente des séquelles d'aphasie prédominant sur l'expression. Il amorce assez bien ses énoncés et quand il fait attention, articule bien. Mais il y a des dérapages phonémiques, des paraphrasies sémantiques qui contaminent le discours. La lecture est satisfaisante. L'écriture est jargonante et paragraphique. Il n'y a pas de manque du mot. La compréhension est quasi-normale.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (24.5.73) :

Mauvaise discrimination du double message, les réponses se faisant sous forme de néologismes sans asymétrie.

Observation G152

MOR... Michel

40 ans

(Astrocytome grade I frontal postérieur gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé en janvier 1973 dans le service du Pr. LECUIRE car il présente une hémiparésie droite, avec syndrome d'hypertension intracrânienne et discrète aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : ralentissement fronto-temporal gauche. L'écho est dévié vers la droite.

L'artériographie carotidienne gauche ne montre qu'un engagement artériel de 1 cm et un soulèvement de la portion horizontale de la sylvienne, de face.

INTERVENTION (23.1.73) Pr. DECHAUME :

Incision du cortex frontal qui permet d'accéder à une tumeur charnue, infiltrante, dure, dont la situation ne permet pas de réaliser une exérèse complète. Il s'agit d'un astrocytome grade I.

SUITES OPERATOIRES :

Récupération motrice satisfaisante.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (9.2.73, post-opératoire) :

Ce qui caractérise le malade, c'est la difficulté à initier un énoncé spontané, ou en réponse à une question. Il répète très bien, lit et écrit. Il n'y a aucun trouble de la compréhension.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
(CHIFFRES	+	:	40 %	:	20 %
	±	:	0 %	:	0 %
	o	:	60 %	:	80 %
		:		:	
(MOTS	+	:	55 %	:	0 %
	±	:	15 %	:	5 %
	o	:	30 %	:	95 %
		:		:	
(PHRASES	+	:	50 %	:	20 %
	±	:	0 %	:	10 %
	o	:	50 %	:	70 %
		:		:	

Observation G153

NOH... René

43 ans

(astrocytome temporal gauche. Récidive fronto-temporale).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre en avril 1974 dans le service du Pr. GIRARD pour bilan d'une épilepsie temporale tardive avec absences, suspension du langage ou parfois jargonaphasie, hallucinations auditives musicales (que le malade situe au niveau de l'oreille gauche) et hallucinations gustatives.

L'examen clinique est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

Audiométrie normale, alors que le patient se plaint d'une hypoacousie droite, d'installation récente.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes temporal antérieur et moyen gauche. L'écho est dévié de 4 mm vers la droite.

Artériographie carotidienne gauche : volumineux processus expansif temporal antérieur avec engagement artériel et veineux de près de 1 cm.

INTERVENTION n° 1 (26.3.74) Pr. FISCHER :

Dès l'ouverture durale, on découvre une circonvolution temporale supérieure tendue et dépliée. On pratique une lobectomie de la pointe du lobe temporal. Le tissu a un aspect suspect en profondeur, au ras de la vallée sylvienne. On hésite à pénétrer dans l'insula. On agrandit la lobectomie à la moitié du lobe temporal gauche.

Au total : tumeur infiltrante temporo-insulaire gauche qui s'avère être un astrocytome grade II.

SUITES OPERATOIRES :

simples, sans aphasie.

Quatre mois plus tard, le malade est réhospitalisé après un état de mal comitial généralisé dont il sort avec une aphasie d'expression, une hémiparésie droite avec participation faciale.

L'artériographie carotidienne montre une volumineuse tumeur de siège fronto-temporal gauche.

INTERVENTION n° 2 (21.7.74) Pr. FISCHER :

Cortex frontal très tendu. On découvre à 1 cm de profondeur la tumeur dont l'exérèse conduit jusqu'aux limites de celle pratiquée précédemment, c'est à dire jusqu'au niveau de la vallée sylvienne, par la berge supérieure.

L'état clinique demeure inchangé dans les suites immédiates de cette seconde intervention.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (12.3.74) : extinction importante sur l'oreille droite, identique après la première intervention (1.4.74).

		O. G.	O. D.			O. G.	O. D.
+		90 %	85 %	+		80 %	75 %
CHIFFRES ±		5 %	0 %	CHIFFRES ±		0 %	10 %
o		5 %	15 %	o		10 %	15 %
+		55 %	15 %	+		72,5 %	17,5 %
MOTS ±		20 %	12,5 %	MOTS ±		10 %	10 %
o		25 %	72,5 %	o		17,5 %	72,5 %
+		60 %	20 %	+		40 %	0 %
PHRASES ±		20 %	20 %	PHRASES ±		50 %	40 %
o		20 %	60 %	o		10 %	60 %

Observation G154

NOV... Marc

24 ans

(Hématome intra-temporal (astrocytome piloïde ?))

RAPPEL CLINIQUE :

Entre dans le service du Pr. DEVIC en février 1976, pour bilan d'une comitialité tardive :

- troubles paroxystiques de l'expression et de la compréhension orales depuis un an.

- crise généralisée récente.

L'examen clinique est normal à l'entrée, chez ce gaucher.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : anomalies au cours de la stimulation chimique sous forme de pointes temporales moyennes gauches, sans traduction clinique.

Scintigraphie cérébrale : foyer temporal gauche.

Test à l'Amytal (17.2.76) : provoque une hémiplégie droite avec aphasie, confirmant que le langage est bien latéralisé à gauche, chez ce gaucher qui écrit de la main droite. L'E.E.G. objective un ralentissement temporal gauche contemporain.

Artériographie carotidienne gauche : discret engagement de la cérébrale antérieure, alors que les veines profondes sont en place. Il existe un refoulement vers la ligne médiane, assez net, de la cérébrale moyenne, le point sylvien étant à mi-chemin entre la voûte et la ligne médiane. De profil, soulèvement de la cérébrale moyenne à son tiers médian : donc processus expansif temporal gauche.

Encéphalographie gazeuse : asymétrie des vallées sylviennes avec compression et refoulement en haut et en dedans de la vallée sylvienne gauche.

INTERVENTION (7.4.76) Pr. LAPRAS :

Volet temporal gauche : le cortex de la pointe du lobe temporal gauche a un aspect chamois. Après résection d'un petit opercule cortical à ce niveau, on tombe sur une cavité d'hématome contenant du sang lysé. L'exploration des parois ne montre ni angiome, ni tumeur, mais au contact de la paroi externe de la corne temporale, on découvre un aspect un peu différent

où est pratiquée une biopsie, pour examen anatomo-pathologique.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Ne peut trancher entre prolifération gliale réactionnelle et astrocytome piloïde.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont remarquablement simples, sans aucun déficit, mais quelques mois plus tard le malade présente toujours des malaises paroxystiques, avec hallucinations gustatives.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (23.4.76) :

Ce patient a certainement le langage dans l'hémisphère gauche. Il raconte son expérience au test à l'Amytal. Il se rappelle fort bien qu'on lui parlait, mais que la voix lui parvenait comme avec l'écran d'une vitre, et qu'il ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Il se souvenait aussi avoir bien reconnu une paire de lunettes sans pouvoir les nommer.

Un test d'écoute dichotique a été tenté, mais le malade n'a pu répondre qu'après plusieurs minutes, alors qu'il avait recouvré une bonne expression et une bonne compréhension. Il y a eu quelques erreurs sur l'oreille droite, mais peu significatives.

Trois semaines après l'intervention, il n'y a pas de déficit du langage, alors qu'immédiatement après il y avait des énoncés paraphasiques et des troubles de la compréhension.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.2.76 et 20.4.76) : normal avant et après l'intervention.

n° 1

		Q. G.	Q. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	97,5 %	100 %
MOTS	±	2,5 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	90 %	90 %
PHRASES	±	10 %	0 %
	o	0 %	10 %

n° 2

		Q. G.	Q. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	72,5 %	80 %
MOTS	±	25 %	20 %
	o	2,5 %	0 %
	+	70 %	60 %
PHRASES	±	20 %	40 %
	o	10 %	0 %

Observation G155

PAJ... Grégoire

56 ans

(Oblitération sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC le 17.4.75
Il a constitué un déficit moteur brachio-facial et une aphasie. Deux mois plus tôt était survenu un premier accident transitoire, ce premier épisode ayant comporté des troubles phasiques (manque du mot, et réapparition d'un accent chez ce sujet d'origine yougoslave qui parlait parfaitement bien le français.)

A l'entrée, ne persiste qu'une hémiplégie faciale droite associée à l'aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : normal.

Scintigraphie cérébrale : foyer temporal gauche.

Artériographie carotidienne gauche : oblitération de l'artère sylvienne dans son premier segment, avec revascularisation tardive par des anastomoses corticales, issues de la cérébrale antérieure, ainsi que par les lenticulo-striées.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (24.4.75) :

On ne décèle aujourd'hui aucun trouble linguistique, mais l'élocution reste difficile ; le patient achoppe de temps à autres sur des phonèmes ou des transitions difficiles, sans aller jusqu'à la dysarthrie ou la paraphasie.

Le geste graphique est médiocre, mais pour une raison purement motrice.

Le calcul est normal.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (24.4.75) : normal sauf pour les phrases où apparaît une extinction paradoxale.

		:	O. G.	:	O. D.	)
		:		:		)
		:		:		)
		:		:		)
(CHIFFRES	+	:	100 %	:	100 %	)
	±	:	0 %	:	0 %	)
	o	:	0 %	:	0 %	)
		:		:		)
(MOTS	+	:	97,5 %	:	85 %	)
	±	:	2,5 %	:	10 %	)
	-	:		:		)
		:	0 %	:	5 %	)
		:		:		)
(PHRASES	+	:	30 %	:	80 %	)
	±	:	40 %	:	20 %	)
	-	:		:		)
	o	:	30 %	:	0 %	)
		:		:		)

Observation G156

PAS... Roger

48 ans

(Ramollissement ischémique dans le territoire sylvien gauche. Aphasie d'expression).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade hospitalisé en septembre 1973 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Il a présenté le 19 mai un accident vasculaire d'installation brutale, s'étant traduit par une hémiparésie droite à prédominance brachio-faciale et par une aphasie. Le déficit a bien régressé et se réduit au moment de l'examen, à une discrète parésie brachiale, sans déficit sensitif. Par contre, l'aphasie reste importante.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : normal.

Artériographie carotidienne gauche : athérome des premiers centimètres de la carotide interne, sans sténose. Par ailleurs, existe une zone avasculaire, située entre les extrémités des branches pariétale postérieure et temporale postérieure de la sylvienne, compatible avec le diagnostic de ramollissement ischémique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (15.9.73) Dr. F. MICHEL :

La compréhension est normale. L'énoncé est relativement aisé, correct au plan de la grammaire, sans manque du mot, mais contaminé par des paraphrasies. Il n'y a aucun trouble arthrique, mais une difficulté à enchaîner les phonèmes en une séquence linéaire : le malade ne bute pas pour réaliser tel ou tel phonème, il est surtout en avance ou en retard.

Ceci est particulièrement net à la répétition qui paraît anormalement mauvaise, alors qu'il perçoit bien les énoncés phonémiques chez l'observateur.

L'épellation est très altérée.

Le même problème se retrouve à l'écriture car il ne sait jamais bien à quel moment de la séquence graphique il se trouve. Par contre il lit bien (même à l'envers).

Pas de troubles du schéma corporel.

Images bien décrites, couleurs bien nommées et bien utilisées.

Pas d'alexie, pour les lettres dans l'hémichamp gauche.

TÊT D'ECOUTE DICHOTIQUE (14.9.73) : extinction sur l'oreille droite, pour la répétition des mots.

		O. G.	O. D.
(CHIFFRES	+	55 %	40 %
	±	25 %	5 %
	o	20 %	55 %
(MOTS	+	57,5 %	10 %
	±	0 %	7,5 %
	o	42,5 %	82,5 %
(PHRASES	+	10 %	10 %
	±	40 %	30 %
	o	50 %	60 %

Observation G157

PAU... Jean Yves

16 ans

(Hématome intra-temporal gauche post-traumatique).

RAPPEL CLINIQUE :

Victime d'un polytraumatisme par accident de la circulation, entre le 6.6.75 dans le service du Pr. LECUIRE. Malgré un examen neurologique normal, une artériographie carotidienne gauche est pratiquée devant une importante déviation de l'écho : elle objective un soulèvement de la sylvienne qui est refoulée en-dedans sur les incidences de face.

INTERVENTION (6.6.75) Pr. LAPRAS :

On découvre une petite lame d'hématome extra-dural en regard d'un trait de fracture temporale, puis un foyer de contusion au tiers antérieur du lobe temporal gauche, avec hématome intra-temporal ouvert dans la corne temporale du ventricule gauche.

LES SUITES OPERATOIRES :

Sont très simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (post-opératoire) :

Ne montre aucun trouble linguistique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : est particulièrement bon, ce qui correspond tout à fait aux données anatomiques.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	97,5 %	97,5 %
MOTS	±	0 %	2,5 %
	o	2,5 %	0 %
	+	80 %	100 %
PHRASES	±	20 %	0 %
	o	0 %	0 %

Observation G158

PEG... Paul

38 ans

(Angiome de la convexité à la partie inférieure de la vallée sylvienne + hématome intra-temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Malade dont une tante paternelle a été opérée d'un angiome cérébral, hospitalisé le 31.1.73 à Roanne pour un syndrome d'hémorragie méningée. 10 jours plus tard apparaît une hémiplégie droite avec participation faciale, et une paralysie du VI gauche qui l'amènent à être hospitalisé dans le service du Pr. DEVIC.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche objective un volumineux processus expansif, avasculaire, temporal, de 6 cm de diamètre et des vaisseaux anormaux, angiomateux.

INTERVENTION (14.2.73) Pr. GOUTELLE :

Ouverture de la vallée sylvienne : on y découvre un volumineux hématome qui va jusqu'au carrefour ventriculaire, et qui est prêt de s'ouvrir à la convexité.

On pratique également l'exérèse d'un angiome de la convexité, situé à la partie inférieure de la vallée sylvienne. Les suites sont troublées par une aphasia où dominent les troubles de la compréhension, mais comportant également des difficultés d'expression.

En janvier 1975, le malade revient dans le service. Plusieurs tentatives de réhabilitation professionnelle se sont soldées par un échec.

L'examen clinique objective alors une hémiparésie droite spasmodique, une hémianopsie latérale homonyme droite. Les troubles du langage se sont bien améliorés puisque l'expression est à peu près correcte, que la compréhension bien que lente est normale. Seule la répétition est altérée.

L'E.E.G. montre un important foyer d'ondes lentes temporal moyen et postérieur gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (22.1.75, pré-opératoire) : extinction quasi totale sur l'oreille droite.

Observation G159

PER... Marie

51 ans

(Oblitération partielle de la sylviennne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée en novembre 1973, dans le service du Pr. DEVIC.
Elle a présenté trois épisodes ischémiques transitoires dans le territoire
sylvien gauche :

- le premier ayant comporté une hémiparésie et une aphasie globale.
- les deux suivants, un trouble purement aphasique.

L'examen à l'entrée est pratiquement normal: il n'y a pas de trouble linguistique, mais on constate seulement une discrète réduction de la fluence verbale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche objective une pauvreté du réseau sylvien, dont il ne persiste qu'une seule branche individualisable. Cet aspect permet de porter le diagnostic d'oblitération partielle de l'artère cérébrale moyenne.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (29.11.73) : normal, correspondant tout à fait à la clinique.

		O. G.	O. D.
	+	90 %	100 %
CHIFFRES	±	5 %	0 %
	o	5 %	0 %
	+	87,5 %	87,5 %
MOTS	±	0 %	7,5 %
	o	12,5 %	5 %
	+	50 %	90 %
PHRASES	±	50 %	10 %
	o	0 %	0 %

Observation G160

PER... Raymond

(Hémianopsie latérale homonyme droite séquellaire d'une plaie crânio-cérébrale (1963) - Ramollissement ischémique sylvien gauche (1973)).

RAPPEL CLINIQUE :

Ce malade a présenté en avril 1963 un accident de la route avec plaie crânio-cérébrale postérieure gauche, nécessitant une intervention chirurgicale, et laissant une hémianopsie latérale homonyme droite séquellaire.

Par la suite, il développe une hypertension artérielle et en octobre 1973, il constitue brutalement une hémiparésie droite sensitivo-motrice avec aphasie modérée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : sclérose vasculaire modérée.

E.E.G. : importante composante lente de siège temporal moyen et temporal postérieur gauche, qui n'existait pas auparavant.

Artériographie carotidienne gauche : sténose peu serrée de la carotide interne au niveau de la bifurcation.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (24.10.73) : pratiquement normal, sauf pour la répétition des phrases.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %

MOTS	+	67,5 %	85 %
	±	20 %	5 %
	-	12,5 %	10 %
	o		

PHRASES	+	20 %	80 %
	±	50 %	10 %
	-	30 %	10 %
	o		

Observation G161

PHI... Monique

38 ans

(Méningiome parasagittal de la région pariéto-occipitale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre en janvier 1974 dans le service du Pr. LECUIRE : depuis le mois de mai 1973, elle a présenté 8 crises comitiales secondairement généralisées, débutant toujours par des clonies du pied droit. L'examen clinique est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G., l'écho et l'examen ophtalmologique sont normaux.

La scintigraphie cérébrale objective une hyperfixation pariétale gauche, para-sagittale.

L'artériographie carotidienne gauche confirme l'existence d'une néoformation pariétale alimentée surtout par la cérébrale antérieure en contact étroit avec le sinus longitudinal supérieur, parasagittale très évocatrice d'un méningiome.

INTERVENTION (16.1.74) Pr. LECUIRE :

Exérèse totale d'un méningiome para-sagittal, du tiers postérieur gauche : exploration du cortex pariéto-occipital : le méningiome est en fait intra-parenchymateux. On coagule son pédicule artériel qui provient de la branche terminale de la cérébrale antérieure. L'hémostase des pédicules veineux postérieurs qui se jettent dans la région du torcular est très difficile.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées : coma vigile avec hémiplégie droite puis lors de la disparition des troubles de conscience, aphasie et hémianopsie latérale homonyme droite se révèlent.

En février 1975 : l'aphasie a bien régressé, mais il persiste un déficit moteur à prédominance brachio-faciale droite, permettant cependant la marche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (10.9.74 soit 9 mois après l'intervention)

Normal.

		O. G.	O. D.
+		100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		100 %	100 %
MOTS	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
+		80 %	90 %
PHRASES	±	10 %	10 %
	o	10 %	0 %

Observation G162

PIA... Jean

63 ans

(Sténose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Un mois et demi avant son admission dans le service du Pr. GIRARD, il a présenté une hémiparésie droite d'installation progressive, en 48 heures, précédée de paresthésies du membre supérieur droit. Deux semaines plus tard, alors que l'hémiparésie persistait, sensitivo-motrice, à prédominance brachio-faciale, s'est installée une aphasie. Il n'a pas été noté d'apraxie ou d'hémi-anopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre des signes de souffrance globale sur l'hémisphère gauche.

Le fond d'oeil : absence d'oedème papillaire ; signes du croisement.

L'ophtalmodynamométrie objective une asymétrie en faveur d'une sténose carotidienne gauche.

L'artériographie carotidienne gauche confirme ce diagnostic : sténose à 90 % de la carotide interne à son origine, avec retard circulatoire et absence d'imprégnation du territoire postérieur de la sylvienne.

L'artériographie par technique de Seldinger est faite dans l'optique d'une intervention chirurgicale : il existe une plaque d'athérome à la bifurcation carotidienne droite et une sténose ostiale vertébrale gauche.

Scintigraphie cérébrale : existence de deux zones lésionnelles hyperfixantes, de forme arrondie, l'une pariétale postérieure gauche, l'autre temporo-occipitale gauche.

Le malade décède des suites d'une intervention (anastomose extra-intra-crânienne), le 24.7.76.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (30.6.76) :

Ce malade présente des troubles du langage somme toute discrets, compte-tenu des lésions suggérées par la scintigraphie.

L'énoncé est assez difficile mais correct au plan de la syntaxe. Les paraphrasies phonémiques sont assez nombreuses.

La compréhension du langage oral ne semble pas touchée. Il lit les mots simples, mais après plusieurs essais. Il se perd dans une phrase. Il peut écrire son nom de la main gauche.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.6.76) :

Extinction sur l'oreille gauche, donc paradoxale, qui suggère une lésion sur la voie calleuse dans la région pariétale gauche, confirmée par la vérification anatomique.

Il existe également de nombreuses déformations des messages, sous forme de paraphasies.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	30 %	70 %
	±	0 %	0 %
	o	70 %	30 %
MOTS	+	2,5 %	45 %
	±	37,5 %	40 %
	o	60 %	15 %
PHRASES	+	0 %	60 %
	±	10 %	30 %
	o	90 %	10 %

Observation G163

PIL... Marguerite

50 ans

. (Hémiplégie droite, anarthrie).

RAPPEL CLINIQUE :

Hypertendue, est hospitalisée en octobre 1975 dans le service du Pr. DEVIC. En 1973, elle a présenté une hémiplégie droite à prédominance crurale, et une aphasia motrice qui ont laissé des séquelles.

Elle est admise à la suite de deux épisodes correspondant à un trouble paroxystique de la vigilance, sans perte de connaissance.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : rétinopathie hypertensive.

E.E.G. (octobre 1975) : ondes lentes temporales gauches.

La patiente quitte le service et revient en avril 1976, à la suite d'une crise comitiale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. est alors plus anormal qu'auparavant : ralentissement hémisphérique gauche permanent et ondes lentes intermittentes à droite.

Scintigraphie cérébrale : normale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (17.10.75) :

On ne trouve aucun déficit du langage au jour de l'examen sauf quelques rares accrochages articulatoires auxquels on ne prendrait pas garde sans le contexte.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction modérée sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	60 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	40 %
	+	82,5 %	57,5 %
MOTS	±	5 %	7,5 %
	o	12,5 %	35 %
	+	20 %	10 %
PHRASES	±	70 %	50 %
	o	10 %	40 %

Observation G164

POU... André

60 ans

RAPPEL CLINIQUE :

Entre en janvier 1974 dans le service du Pr. DEVIC : à la suite d'une otite suppurée gauche, s'est déclarée une méningite purulente à pneumocoques, rapidement suivie d'une hémiplégie droite totale et d'une aphasia qui se sont installées après des crises motrices bravaïs-jacksoniennes droites, et qui vont régresser.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

L'E.E.G. montre une activité continue de pointes ondes périodiques centro-pariétaux gauches.

Malgré une artériographie carotidienne gauche normale, on évoque le diagnostic de phlébite cérébrale, car il n'y a ni abcès ni empyème.

L'évolution électroclinique est favorable.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (7.2.74) : extinction importante
sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	55 %	35 %
	-	15 %	5 %
	o	30 %	60 %
MOTS	+	50 %	7,5 %
	-	17,5 %	7,5 %
	o	32,5 %	85 %
PHRASES	+	40 %	10 %
	-	30 %	30 %
	o	30 %	60 %

Observation G165

PRI... Jean

38 ans

(Contusion temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 11.2.75 dans le service du Pr. ALLEGRE, après un accident de la route, survenu un mois plus tôt au cours duquel il a subi un traumatisme crânien avec fracture pariétale droite. Après une période de coma, s'est révélée une hémiparésie gauche avec participation faciale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. (13.2.75) objective une composante lente temporale droite.

Mais l'artériographie carotidienne droite ne montre qu'un contre-engagement de la cérébrale antérieure, alors que l'artériographie carotidienne gauche confirme l'existence d'un aspect de contusion temporale.

La scintigraphie cérébrale (18.2.75) montre une hyperfixation latérale périphérique "en croissant".

INTERVENTION (21.2.75) Pr. GOUTELLE :

Découverte d'une contusion hémorragique du lobe temporal gauche conduisant à pratiquer une lobectomie partielle de la partie antérieure du lobe temporal, en épargnant le pédicule veineux temporal moyen.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE : (15.7.75, post-opératoire) :

Objective un manque du mot, des paraphasies sémantiques, mais le malade lit et écrit comme avant.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : difficulté à assumer la tâche dichotique, les performances étant cependant plus mauvaises sur l'oreille gauche. (Extinction modérée, paradoxale).

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	60 %	100 %
	±	15 %	0 %
	o	25 %	0 %
MOTS	+	37,5 %	67,5 %
	±	27,5 %	20 %
	o	35 %	12,5 %
PHRASES	+	10 %	20 %
	±	40 %	40 %
	o	50 %	40 %

Observation G166

PRI... Roselyne

29 ans

(oblitération sylvienne gauche. Ramollissement sylvien superficiel fronto-pariétal).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée le 14.11.76 dans le service du Pr. DEVIC : elle présente une hémiplegie droite sensitivo-motrice prédominant dans le territoire brachio-facial, avec paralysie des mouvements oculaires, de latéralité vers la droite, automatiques et volontaires, abolition du psycho-visuel droit, sans qu'il soit possible d'affirmer l'hémianopsie et enfin dysprosodie avec apraxie bucco-linguo-faciale, sans autre trouble du langage. Le seul élément d'orientation étiologique réside dans la notion d'un traitement oestro-progestatif.

Cliniquement, est porté le diagnostic de ramollissement sylvien superficiel fronto-pariétal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : il existe un foyer d'ondes lentes intermittentes dans les régions frontale, centrale et temporale moyenne gauche.

L'artériographie carotidienne gauche : objective sur les incidences de profil, une oblitération distale d'une branche pariétale antérieure de la sylvienne.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (26.11.76) : normal.

{	:	:	:	}
{	:	O. G.	:	O. D.
{	:	:	:	}
{	:	:	:	}
{	+	77,5 %	:	80 %
{	:	:	:	}
{	MOTS	+	2,5 %	5 %
{	:	:	:	}
{	o	20 %	:	15 %
{	:	:	:	}
{	:	:	:	}

Observation G167

PRO... René

38 ans

(Glioblastome temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est hospitalisé pour la première fois en octobre 1973, dans le service du Pr. MANSUY pour bilan d'un syndrome d'hypertension intracrânienne, tous les examens confirment le diagnostic de néoformation maligne temporale antérieure gauche.

INTERVENTION n° 1 (23.10.73) Pr. FISCHER :

Dans la région temporale antérieure, il existe une tumeur arrondie, rouge, qui affleure au cortex et adhère à la dure-mère. Au cours de la dissection, il n'est fait aucune lésion corticale, tant au niveau de la région de Broca qu'au niveau de la partie postérieure du lobe temporal.

Exérèse en totalité. Il s'agit d'un glioblastome.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont très simples. Le malade est traité par cobaltothérapie complémentaire.

2° - En octobre 1975, nouveau séjour dans le service : il existe maintenant des crises comitiales temporales aphasiques, et l'examen objective un petit déficit moteur brachio-facial droit, et un manque du mot évident. Tout confirme la "récidive" in situ.

INTERVENTION n° 2 (6.11.75) Dr. BRUNON :

Le tiers antérieur du lobe temporal gauche est totalement occupé par la récurrence tumorale. On pratique une lobectomie de la pointe du lobe temporal dont le plan, en haut, passe au ras des vaisseaux sylviens.

Les suites sont encore très simples.

3° - En février 1976 : s'amorce l'évolution terminale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (février 1976) :

Il existe une hémiparésie droite à la face, discrète à la main, absente au membre inférieur. Il n'y a aucun trouble sensitif et le champ visuel est normal.

Au plan du langage, le malade lit et écrit, mais présente une aphasie amnésique avec cependant quelques paraphasies.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - 18.10.73, (avant toute intervention) : pratiquement normal.

2 - 3.2.76 : extinction importante sur l'oreille droite.

(				(			
		O. G.	O. D.			O. G.	O. D.
		-----				-----	
CHIFFRES	+	35 %	50 %	CHIFFRES	+	80 %	80 %
	±	20 %	25 %		±	0 %	0 %
	o	45 %	25 %		o	20 %	20 %
-----				-----			
MOTS	+	15 %	22,5 %	MOTS	+	97,5 %	15 %
	±	60 %	60 %		±	2,5 %	5 %
	o	25 %	17,5 %		o	0 %	80 %
-----				-----			
PHRASES	+	0 %	20 %	PHRASES	+	100 %	0 %
	±	30 %	60 %		±	0 %	10 %
	o	70 %	20 %		o	0 %	90 %
-----				-----			
)				)			

Observation G168

RIC... Antoinette

41 ans

(Oblitération partielle des branches temporo-occipitales de la sylvienne gauche. Aphasie d'expression et alexie, régressives).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée dans le service du Pr. GIRARD, car brutalement s'est installée une aphasie d'expression dont la patiente est tout à fait consciente, avec alexie (l'écriture n'ayant pas été testée par la malade) et sensation d'engourdissement du membre supérieur droit.

A l'entrée dans le service, les troubles ont presque totalement disparu.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche : montre une pauvreté du réseau sylvien : absence aux temps précoces des insulaires postérieures des branches pariétale postérieure, temporo-occipitale et temporale postérieure qui s'imprègnent cependant à contre-courant, aux temps tardifs.

Le seul élément d'orientation étiologique est représenté par un traitement anticonceptionnel.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (25.6.74) : considéré comme pratiquement normal, va bien dans le sens de la récupération clinique.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	+	0 %	0 %
	-	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	80 %	90 %
	+	15 %	2,5 %
	-	5 %	7,5 %
	o		
PHRASES	+	40 %	80 %
	+	30 %	10 %
	-	30 %	10 %
	o		

Observation G169

REN... Nicolas

65 ans

{Métastase dans la région du carrefour gauche}.

RAPPEL CLINIQUE :

Opéré quatre ans auparavant d'un néoplasme bronchique périphérique, entre le 3.12.74 dans le service du Pr. MANSUY car il présente une séméiologie très évocatrice d'une métastase cérébrale : hémiparésie droite d'installation progressive, associée à des troubles de la parole, de la lecture, de l'écriture et du calcul, qui régressent sous l'influence du traitement corticoïde.

L'interrogatoire révèle l'existence d'un épisode passager inaugural, d'aplanotopokinésie et de prosopagnosie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : bouffées d'ondes lentes pariéto-temporales gauches.

Scintigraphie cérébrale : plage d'hyperfixation pariéto-occipitale, périphérique, para-médiane gauche.

Artériographie carotidienne gauche : abaissement des artères insulaires, écartement des branches sylviennes au niveau de la région temporale postérieure, en faveur d'une lésion tumorale d'environ 6 cm de diamètre, de siège pariéto-temporo-occipital.

INTERVENTION (10.12.74) Dr. SINDOU :

Volet pariétal gauche. Il existe des néo-vaisseaux et des veines artériolisées à la surface du cortex. Après la taille d'un opercule cortical, on accède à une tumeur kystique de la taille d'une petite mandarine, mal dissociable du parenchyme oedémateux avoisinant. Après ponction du kyste, qui contient 20 cc de liquide, on réussit à faire une exérèse complète de cette métastase pariétale.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont marquées par la persistance d'une hémiparésie droite, avec syndrome pariétal qui vont cependant régresser.

En janvier 1975 : survient une hémiparésie gauche correspondant vraisemblablement à une lésion métastatique contralatérale. L'E.E.G. et la

scintigraphie cérébrale faites pendant un séjour à l'Hôpital de Macon, montrent des anomalies centrales droites.

L'artériographie carotidienne droite (17.5.75) objective seulement un engagement de 1 cm de la cérébrale antérieure, sans opacification tumorale sans déformation particulière des axes artériels ou veineux.

Il n'y a donc pas d'indication opératoire. Décès en aout 1975.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE :

1 - 17.12.74 (7jours après l'intervention) : extinction importante sur l'oreille droite.

2 - 26.12.74 (16e jour après l'intervention) : nette amélioration du test.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	75 %
(CHIFFRES	±	0 %	10 %
	o	0 %	15 %
	+	100 %	20 %
(MOTS	±	0 %	2,5 %
	o	0 %	77,5 %
	+	100 %	0 %
(PHRASES	±	0 %	10 %
	o	0 %	90 %

		O. D.	O. D.
	+	100 %	100 %
(CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	90 %	65 %
(MOTS	±	5 %	5 %
	o	5 %	30 %
	+	70 %	20 %
(PHRASES	±	10 %	10 %
	o	20 %	70 %

Observation G170

RIF... Michel

28 ans

(Tumeur temporale antérieure gauche profonde).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé en septembre 1976 dans le service du Pr. SCHOTT pour bilan d'une épilepsie tardive secondairement généralisée, précédée d'hallucinations auditives élémentaires et d'hallucinations gustatives.

L'examen neurologique est normal, mais le diagnostic de néoformation temporale gauche profonde s'impose.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement hémisphérique gauche, surtout temporal, et l'écho est dévié de 5 mm vers la droite.

La scintigraphie cérébrale montre aux temps précoces une hyperfixation temporale gauche, intra-parenchymateuse, sur l'incidence de face.

L'artériographie carotidienne gauche est par contre d'interprétation difficile : il existe une image d'abaissement d'une artère insulaire.

Trois mois plus tard l'examen clinique objective une hémianopsie latérale homonyme en quadrant supérieur.

L'E.E.G. montre un foyer d'ondes lentes au niveau des régions frontale et temporale antérieure de l'hémisphère gauche.

La scintigraphie retrouve la même image d'hyperfixation temporale gauche, beaucoup plus intense cependant.

L'abstention chirurgicale est décidée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (14.9.76) : normal, (ce qui mérite d'être souligné, d'autant que le patient a présenté des hallucinations auditives).

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	20 %	70 %
	-	10 %	0 %
	o	70 %	30 %
MOTS	+	80 %	95 %
	-	10 %	5 %
	o	10 %	0 %
PHRASES	+	50 %	30 %
	-	40 %	50 %
	o	10 %	20 %

Observation G171

RIZ... Jean Baptiste

56 ans

(Glioblastome temporal antérieur gauche, profond).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé en novembre 1975 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT pour bilan d'une épilepsie temporale tardive comportant des pertes de connaissance brèves, précédées de sensation d'aigreur dans la bouche, et à une reprise de la "vision" fugace d'une séquence d'un film vu à l'âge de 16 ans.

L'examen clinique à l'entrée est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

E.E.G. : ondes lentes temporales antérieures gauches ; l'écho est dévié de 4 mm vers la droite.

Scintigraphie cérébrale : foyer d'hyperfixation temporal antérieur gauche.

Artériographie carotidienne gauche : lésion temporale suspecte, discrètement hypervascularisée, refoulant la sylvienne en haut et en avant.

Après un mois d'évolution spontanée, apparaissent une hémiparésie droite et une aphasie, sans hémianopsie.

INTERVENTION (24.12.75) Dr. SINDOU :

Incision corticale à la partie antérieure du lobe temporal, qui permet d'accéder à 1 cm de profondeur au contact d'une tumeur dure, du volume d'un oeuf, occupant la partie antérieure du lobe temporal, ne dépassant pas en arrière le plan du conduit auditif externe, mais s'étendant en dedans, jusqu'au contact de la carotide interne, du tronc de la sylvienne et s'infiltrant dans l'orifice de la tente du cervelet au contact du pédoncule cérébral.

Il s'agit d'un glioblastome.

DANS LES SUITES OPERATOIRES :

apparaît une hémianopsie latérale homonyme droite, puis l'évolution se fait vers l'aggravation progressive des signes neurologiques déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (28.1.76, post-opératoire) :

L'énoncé spontané est riche, sans paraphasies. Il existe un manque du mot assez net.

Lecture et écriture sont correctes.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite, particulièrement pour les phrases.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	70 %	20 %
	±	10 %	0 %
	o	20 %	80 %
	:		
MOTS	+	54 %	10 %
	±	26 %	48 %
	o	20 %	42 %
	:		
PHRASES	+	80 %	0 %
	±	10 %	10 %
	o	10 %	90 %
	:		

Observation G172

ROB... Emile

66 ans

(Sténose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre en aout 1974 dans le service du Pr. ALLEGRE. Il présente une hémiparésie brachio-faciale droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. est normal.

L'artériographie objective l'existence d'une sténose serrée de la carotide interne gauche à 1 cm de son origine, conduisant à une endartériectomie (Pr. GOUTELLE, 12.9.74).

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par une aggravation du déficit moteur et une aphasie. L'E.E.G. objective alors un ralentissement intermittent temporal gauche.

Deux ans plus tard, il persiste un léger déficit brachial droit et quelques troubles de l'expression orale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (post-opératoire) :

1 - 20.9.74 : extinction modérée sur l'oreille droite.

2 - 8.11.74 : normalisation du test, qui se révèle être un bon témoin de l'évolution clinique régressive.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	90 %	60 %
	±	5 %	10 %
	o	5 %	30 %
MOTS	+	82,5 %	47,5 %
	±	12,5 %	17,5 %
	o	5 %	35 %
PHRASES	+	50 %	20 %
	±	30 %	50 %
	o	20 %	30 %

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
MOTS	+	92,5 %	85 %
	±	7,5 %	10 %
	o	0 %	5 %
PHRASES	+	40 %	90 %
	±	40 %	0 %
	o	20 %	10 %

Observation G173

ROC... Augustin

61 ans

(Glioblastome occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Débute sa maladie en aout 1974 sur un mode pseudo-ischémique : l'hémi-parésie droite, l'aphasie et l'hémianopsie latérale homonyme droite constatées à l'entrée, disparaissent totalement.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre un ralentissement permanent pariéto-temporal gauche.

L'artériographie carotidienne gauche : de face, il existe un débord de 1,5 cm de la cérébrale antérieure et la cérébrale moyenne pratiquement absente sur les premiers centimètres, ne s'imprègne que tardivement. De profil, on retrouve l'absence d'imprégnation de la cérébrale moyenne et on objective une vaste zone hypervasculaire, avec néo-vaisseaux, dans la région pariéto-occipitale témoignant d'un processus expansif.

INTERVENTION (26.8.74) Dr. DERUTY :

Exérèse d'un glioblastome pariéto-occipital gauche : on pratique une lobectomie occipitale facilitant l'exérèse d'une tumeur de volume d'une grosse prune, qui se prolonge jusqu'à la corne occipitale du ventricule latéral, mais qui n'a pas de prolongement intra-ventriculaire.

LES SUITES OPERATOIRES :

apparition d'une hémianopsie latérale homonyme droite. Le malade subit une chimiothérapie et une radiothérapie complémentaires. Son état de santé est parfait jusqu'en décembre 1975, où apparaît une comitialité avec parésies ascendantes à début chéiro-oral au membre supérieur droit, associée cliniquement à des difficultés de lecture, sans agraphie.

Grâce à la chimiothérapie, l'évolution se stabilise jusqu'en aout 1976 où s'amorce la dégradation progressive, avec aphasie de Wernicke, troubles mnésiques, alexie et agraphie, le décès survenant le 9.3.77.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.3.76) : extinction totale sur l'oreille droite à un moment où le patient n'est absolument pas aphasique.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	80 %	20 %
	±	20 %	0 %
	o	0 %	80 %
MOTS	+	77,5 %	2,5 %
	±	10 %	5 %
	o	12,5 %	92,5 %
PHRASES	+	70 %	0 %
	±	30 %	0 %
	o	0 %	100 %

Observation G174

R... Marie Josephe

28 ans

(Hématome intra-frontal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent, est hospitalisée le 26.8.74 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Elle présente un syndrome d'hémorragie cérébro-méningée avec hémiplégie droite et aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche faite en urgence, montre l'existence d'un volumineux processus expansif fronto-temporal et très rapidement la conscience s'altère.

INTERVENTION (5.9.74) Pr. LAPRAS :

Incision corticale à peu près au niveau de la projection de la coronale. A 1,5 cm de profondeur, on arrive sur un volumineux hématome sous tension intra-frontal gauche, allant au contact de la tête du noyau caudé et de la corne frontale du ventricule latéral. Après évacuation, l'exploration découvre à ce niveau un petit peloton de vaisseaux d'aspect anormal, qui est coagulé.

Après une aggravation secondaire par poussée d'oedème cérébral, l'évolution va être favorable puisqu'après un long séjour en Centre de Rééducation, 5 mois après l'intervention l'aphasie a pratiquement disparu et qu'il ne persiste que de minimes séquelles motrices.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.8.76, post-opératoire) : normal.

		O. G.	O. D.

	+	100 %	95 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	5 %

	+	100 %	100 %
MOTS	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %

	+	100 %	80 %
PHRASES	±	0 %	10 %
	o	0 %	10 %

Observation G175

ROU... Jean

61 ans

(Lacune pariétale gauche - encéphalocèle)

RAPPEL CLINIQUE :

A une histoire clinique complexe :

1° - Il est hospitalisé pour la première fois en octobre 1973 dans le service du Pr. GIRARD. Il présente une main pariétale droite, mais l'interrogatoire permet de faire remonter le début des troubles 10 ans auparavant. Sur les radiographies du crâne, on découvre une vaste lacune pariétale gauche, donnant une fixation à la scintigraphie osseuse alors que l'E.E.G. est normal et qu'il n'y a pas de déficit du champ visuel.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche ne montre que des lésions d'athérome du siphon et surtout de l'origine de la cérébrale antérieure qui est sortement sténosée, ainsi qu'un abaissement de la veine thalamostriée, traduisant l'existence d'un volumineux ventricule latéral.

2° - En mai 1974, il présente des impressions de déséquilibre

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre alors des ondes lentes pariéto-rolandiques gauches.

L'artériographie de la carotide externe ne montre pas d'anomalie.

3° - En février 1975, il présente une perte de connaissance suivie d'une hémiparésie droite avec aphasie régressives en deux jours.

INTERVENTION (28.4.75) Dr. SINDOU :

La lésion osseuse pariétale gauche correspond à une perte de substance de 6 cm de long sur 4 cm de large. Il ne reste plus qu'une très mince pellicule de table externe qui est enlevée en masse. L'exploration extra-durale permet de confirmer l'encéphalocèle à travers un orifice dural de 1 cm de diamètre. Cette hernie est réséquée.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont compliquées : aggravation secondaire après le réveil

sous forme de crises convulsives puis de coma avec hémiplégie droite.

REINTERVENTION immédiate :

n'a pas permis de trouver de cause à cette aggravation.

EXAMENS HISTOPATHOLOGIQUES :

ne révèlent aucune anomalie au niveau du cortex cérébral hernié, tandis que les fragments du kyste osseux ne permettent pas de retrouver d'inflammation spécifique ni de processus tumoral.

Le 17.7.75 le patient peut quitter le service pour se rendre en rééducation : s'il n'a plus de trouble de conscience, il reste hémiplégique et aphasique et l'E.E.G. objective toujours un ralentissement pariétal gauche.

4° - En octobre 1976, alors qu'il est toujours hémiplégique, aphasique et qu'il est devenu grabataire, il est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY. Comme les signes d'hydrocéphalie persistent sur l'artériographie, il est décidé d'effectuer une dérivation ventriculo-jugulaire (Dr. SINDOU) qui amène une amélioration nette puisque l'aphasie diminue de façon importante et que des mouvements réapparaissent au membre inférieur droit.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

normal. TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (31.10.73) : lors du premier séjour :

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
CHIFFRES	+	:	100 %	:	100 %
	±	:	0 %	:	0 %
	-	:	0 %	:	0 %
		:		:	
MOTS	+	:	92,5 %	:	90 %
	±	:	5 %	:	5 %
	-	:	2,5 %	:	5 %
		:		:	
PHRASES	+	:	70 %	:	90 %
	±	:	10 %	:	10 %
	-	:	20 %	:	0 %
		:		:	

Observation G176

ROU... André

33 ans

(Ramollissement sylvien gauche embolique (RM) : oblitération de l'artère cérébrale moyenne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 27.12.75 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Porteur d'un rétrécissement mitral post-streptococcique, il vient de présenter une hémiplegie droite, totale, sensitivo-motrice avec aphasie globale dont l'origine embolique est confirmée par les données de l'artériographie carotidienne gauche (oblitération totale de l'origine de la sylvienne, oblitération partielle étagée de la cérébrale antérieure et de la péricalléuse).

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. objective un important ralentissement temporal antérieur et moyen gauche

La scintigraphie cérébrale objective un vaste foyer hémisphérique gauche.

Après deux jours, apparaît progressivement une récupération de l'aphasie sur un mode curieux : grande fluence verbale mais avec un véritable jargon, importants troubles de la compréhension et comportement euphorique avec éclats de rire. De plus, le malade se met spontanément à chanter : si la mélodie est tout à fait normale, les paroles sont déformées par la jargonaphasie. Ce comportement donne l'impression à l'observateur que le rire et le chant sont utilisés comme un véritable langage substitutif.

Après 10 jours d'hospitalisation, alors que la compréhension s'améliore, se dévoile une apraxie bucco-faciale. Le voile du palais est simplement hypotonique, mais il n'y a pas de troubles de la déglutition il n'y a donc que des éléments mineurs d'un syndrome operculaire :

- l'expression orale est toujours aussi défectueuse.
- sur le plan moteur, persiste une paralysie brachiale droite totale, alors que l'hémiplegie faciale et crurale régressent.
- on note une hypoesthésie hémicorporelle droite.
- et il est impossible d'examiner le champ visuel, car toute tentative déclenche des accès de rire qui doivent faire interrompre l'examen.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (6.1.76) : extinction totale sur

l'oreille droite.

20.11.76 : (un an après l'accident initial) : en forçant l'intensité sur l'oreille droite, on arrive à diminuer l'extinction constatée sur l'oreille droite.

	:	:	:
	:	O. G.	O. D.
	:	:	:
	:	:	:
+	:	100 %	0 %
	:	:	:
(CHIFFRES +	:	0 %	0 %
-	:	:	:
	:	:	:
o	:	0 %	100 %
	:	:	:
	:	:	:
+	:	85 %	2,5 %
	:	:	:
(MOTS +	:	7,5 %	2,5 %
-	:	:	:
	:	:	:
o	:	7,5 %	95 %
	:	:	:

Observation G177

ROU... Georges André

59 ans

(Oligodendrogliome grade II temporo-occipital gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est hospitalisé en juillet 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT, car il a vu s'installer progressivement en trois semaines, une aphasie de Wernicke associée à des troubles de la lecture, à un discret déficit sensitif hémicorporel droit, sans déficit moteur.

L'examen clinique objective une hémianopsie latérale homonyme droite relative.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

La scintigraphie cérébrale montre un foyer arrondi, temporo-occipital gauche.

L'artériographie carotidienne gauche objective une volumineuse lésion imprégnée par des néo-vaisseaux anarchiques dans la même région.

2° - En septembre 1974 apparaissent une hémiparésie droite et une hémianopsie latérale homonyme droite franche.

INTERVENTION (24.9.74) Pr. FISCHER :

Incision au niveau de la jonction temporo-occipitale gauche conduisant à une tumeur nécrotique contenant un hématome. Exérèse assez large (oligodendrogliome grade III).

DANS LES SUITES OPERATOIRES :

Pas de modification des signes neurologiques déficitaires.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (2.7.74) :

L'énoncé spontané de bonne qualité bien que contaminé par des paraphrasies phonémiques ou sémantiques. Le malade n'est pas logorrhéique, est conscient de ses difficultés ; la répétition est correcte.

La dénomination fait apparaître un manque du mot compensé par un langage gestuel bien adapté.

Il n'y a pas d'acalculie ni d'anomie des couleurs pas d'agnosie ni d'apraxie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (2.7.74, pré-opératoire):

Extinction importante sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	85 %	70 %
	±	0 %	0 %
	o	15 %	30 %
MOTS	+	77,5 %	22,5 %
	±	17,5 %	12,5 %
	o	5 %	65 %
PHRASES	+	50 %	10 %
	±	40 %	40 %
	o	10 %	50 %

Observation G178

SAI... Isabelle

20 ans

(Angiome temporal postérieur gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Malade hospitalisée pour la première fois à l'âge de 10 ans, dans le service du Pr. MANSUY : après une crise convulsive généralisée, se sont installés un syndrome confusionnel avec signe de Babinski droit et une hémianopsie quadrantale inférieure homonyme droite : l'artériographie carotidienne gauche montre l'existence d'un processus expansif avasculaire temporal gauche.

INTERVENTION n° 1 (14.3.63) Pr. MANSUY :

A 2 cm de profondeur, après avoir traversé un cortex ramolli et pigmenté, on ouvre la cavité d'un volumineux hématome, qui infiltre la quasi-totalité du lobe temporal, atteignant en profondeur la paroi ventriculaire qui se fissure spontanément. Après nettoyage des parois, on cherche à repérer une tumeur ou une malformation vasculaire, mais on ne découvre que des tissus ramollis.

2° - L'évolution ultérieure n'est émaillée que par des accès céphalalgiques dans la région occipitale droite, jusqu'en novembre 1973 où cette jeune fille fait une crise comitiale généralisée. L'examen neurologique objective alors seulement une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Le fond d'oeil est normal.

E.E.G. : surcharge lente temporale gauche.

Artériographie par technique de Seldinger : angiome de la région temporale gauche, alimenté par une branche temporale antérieure de la sylvienne et par une branche temporale de la cérébrale postérieure.

INTERVENTION n° 2 (14.12.73) Pr. FISCHER :

Exérèse d'un angiome temporal postérieur gauche alimenté par :

- l'artère méningée moyenne,
- deux pédicules issus du réseau sylvien,
- un pédicule issu de l'artère choroïdienne antérieure,
- un pédicule issu de la cérébrale postérieure.

En profondeur, l'angiome va jusqu'à la cavité ventriculaire.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont troublées par un déficit hémiparétique droit et une discrète aphasie régressifs.

L'évolution ultérieure est relativement favorable, au prix cependant de la persistance d'une hémianopsie latérale homonyme droite et de petits malaises lipothymiques sans perte de connaissance.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (11.2.74, post-opératoire) :

Extinction importante sur l'oreille droite pour les mots et surtout pour les phrases.

		O. G.	O. D.
(CHIFFRES	+	100 %	95 %
	±	0 %	5 %
	o	0 %	0 %
(MOTS	+	95 %	32,5 %
	±	5 %	15 %
	o	0 %	52,5 %
(PHRASES	+	90 %	0 %
	±	10 %	20 %
	o	0 %	80 %

Observation G179

SAP... Antonin

48 ans

(1972 : oligodendrogliome pariétal gauche.
1974 : récursive.)

RAPPEL CLINIQUE :

Entre pour la première fois dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT en novembre 1972. Il a présenté à deux reprises une crise comitiale ayant comporté une aversion de la tête vers la droite, des paresthésies ascendantes du membre supérieur droit avec contracture tonique, puis secondairement une généralisation.

L'examen n'objective qu'une extinction sensitive du côté droit par le côté gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement pariétal gauche au cours de l'hyperpnée.

L'artériographie carotidienne gauche montre un aspect correspondant à une lésion expansive pariétale.

INTERVENTION n° 1 (7.12.72) Dr. RAVON :

Exérèse d'un oligodendrogliome kystique grade I, pariétal gauche du volume d'une mandarine.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.12.72, post-opératoire) Dr. F. MICHEL :

Les troubles du langage sont réduits à un manque du mot.

Il n'y a pas d'alexie.

Les troubles tournent autour du schéma corporel et des praxies : le membre supérieur droit qui a conservé toute sa force est hypotonique. Les gestes les plus simples sont ataxiques et hypermétriques, en particulier quand l'action se passe dans l'hémichamp visuel droit, mais il semble que les "difficultés praxiques idéo-motrices" soient en plus d'une mauvaise réception, le fait d'une mauvaise intégration des afférences proprioceptives. Mais les gestes sont plus qu'apraxiques et hypermétriques, il y a un élément d'apraxie idéo-motrice qui apparaît bien dans les mouvements centrés sur le corps. Enfin, l'apraxie idéatoire est impressionnante.

Il y a en outre une indistinction droite-gauche, une agnosie digitale et une acalculie.

S'il n'y a pas d'alexie, il existe pourtant une agraphie d'interprétation difficile (trouble proprioceptif ? apraxie ? trouble de l'épellation ?).

Deux résultats sont surprenants, le patient se repère très bien sur la carte de France et reconstitue les figures simples avec les allumettes.

2° - En mai 1973, le malade fait une crise chéiro-orale droite.

3° - En mai 1974, une nouvelle hospitalisation s'impose car il existe une hémiplégie droite sensitivo-motrice avec main astéréognosique, alors que le champ visuel reste normal.

Tous les examens confirment la récurrence.

INTERVENTION n° 2 (4.7.74) Dr. PIERLUCA :

Après ablation d'un envahissement dural, il existe autour du foyer opératoire ancien, une zone jaunâtre étendue, ramollie, sans valeur fonctionnelle. La récurrence tumorale affleure au cortex pariétal ; on en pratique l'exérèse progressive, mais il existe des prolongements qui s'infiltrant en direction de la région centro-hémisphérique et du toit du ventricule.

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE :

L'examen histologique confirme l'oligodendrogliome mais de grade II cette fois-ci.

Si les suites sont simples, il n'en reste pas moins d'importantes séquelles motrices et phasiques.

4° - En février 1977, après une nouvelle aggravation, scintigraphie et artériographie éliminent l'hypothèse d'une récurrence. On porte le diagnostic d'accident vasculaire ischémique chez cet hypertendu.

Le décès survient au début du mois de mars.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (12.6.74, une semaine avant la deuxième intervention) : le déficit est plus important sur l'oreille gauche donc de type paradoxal.

		O. G.	O. D.
	+	30 %	90 %
CHIFFRES	±	5 %	0 %
	o	65 %	10 %
	+	45 %	67,5 %
MOTS	±	7,5 %	5 %
	o	47,5 %	27,5 %
	+	0 %	50 %
PHRASES	±	50 %	50 %
	o	50 %	0 %

Observation G180

SAU... Louis

65 ans

(Oblitération carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est hospitalisé en octobre 1973, dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Les symptômes se sont installés brutalement trois mois auparavant, l'évolution étant lentement régressive. A l'entrée, l'examen objective :

- un syndrome pariétal de l'hémisphère gauche avec main instable ataxique, et astéréognosique.

- un signe de Barré au membre supérieur droit.

- une alexie avec agraphie.

- une acalculie.

Mais il n'y a ni apraxie, ni hémianopsie, ni aphasie, ni agnosie visuelle, ni aucun élément du syndrome de Gertsman.

Cliniquement, il s'agit donc d'un syndrome ischémique dans le territoire pariéto-pli-courbe de l'hémisphère gauche.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : objective une composante lente irrégulière, intermittente, pariétale et temporale gauche.

La gammagraphie est normale.

L'évolution de ce premier accident ischémique se fait vers la persistance de l'agraphie et du syndrome pariétal, alors que la lecture s'améliore lentement.

2° - En janvier 1975, un déficit moteur brachio-facial droit réapparaît associé cette fois à une hémianopsie latérale homonyme droite et à une aphasie d'expression (manque du mot, diminution du débit verbal) venant s'ajouter aux autres signes déficitaires séquellaires.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. : objective un ralentissement permanent temporal gauche.

La scintigraphie cérébrale montre une discrète hyperfixation pariéto-occipitale gauche.

L'artériographie carotidienne gauche met en évidence une oblitération complète de la carotide interne, 4 cm au-dessus de la bifurcation. Aux temps tardifs, on observe une modeste réimprégnation du siphon carotidien par l'artère ophtalmique, sans aucun passage radiologiquement décelable dans la cérébrale antérieure ou dans la cérébrale moyenne.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (22.10.73) : normal.

Observation G181

SER... René

63 ans

(Métastase (?) en pleine zone de Heschl gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. SCHOTT. Le 8.4.77 il a présenté un trouble transitoire de l'expression avec manque du mot et paraphasies sémantiques.

A l'entrée dans le service, l'examen clinique est normal.

Seule la scintigraphie cérébrale objective une image ronde, se projetant en pleine zone de Heschl. gauche, dont l'aspect évoque une métastase.

Il n'est pas fait d'angiographie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.4.77) :

Il n'existe aucun déficit de la compétence linguistique.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite. Le test est ici plus sensible que la clinique.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	80 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	20 %
	+	92,5 %	17,5 %
MOTS	±	7,5 %	22,5 %
	o	0 %	60 %
	+	60 %	20 %
PHRASES	±	20 %	30 %
	o	20 %	50 %

SIG... Marie Louise

38 ans

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée le 21.1.76 dans le service du Pr. LECUIRE : au début du mois, dans un contexte infectieux, elle fait deux crises comitiales généralisées qui l'amènent à subir un bilan hospitalier à ST ETIENNE où l'examen clinique objective un nystagmus horizontal, une obnubilation, de gros troubles de la compréhension orale.

A l'arrivée à l'Hôpital Neurologique, la malade est surtout confuse.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre des ondes lentes pariéto-temporales gauches

L'artériographie carotidienne gauche montre une petite image hypervascularisée "au niveau de la tente du cervelet".

La scintigraphie cérébrale met en évidence une zone d'hyperfixation temporale gauche, périphérique, dont l'aspect évoque un accident vasculaire cérébral.

L'artériographie par technique de Seldinger ne montre que de discrètes anomalies uniquement dans le territoire carotidien gauche, où l'arborisation cérébrale moyenne paraît soulevée en haut et en avant et où se révèlent deux taches d'hyper-imprégnation parenchymateuse, évoquant un processus focalisé inflammatoire ou un ramollissement.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (30.1.76) : il n'y a pas d'asymétrie franche mais la patiente a du mal à différencier le double message qu'elle restitue sous forme d'un amalgame, expliquant l'importance des réponses cotées "plus ou moins".

		O. G.	O. D.
		100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	42 %	52 %
MOTS	±	44 %	46 %
	o	14 %	2 %
	+	30 %	20 %
PHRASES	±	30 %	50 %
	o	40 %	30 %

Observation G183

TER... Roger

47 ans

(Glioblastome temporal gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Est hospitalisé en juillet 1974 dans le service du Pr. ALLEGRE. Il a présenté trois crises aphasiques secondairement généralisées ;

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. : objective un ralentissement temporal antérieur,

la scintigraphie cérébrale : zone lésionnelle hyperfixante dans la région temporale moyenne gauche évocatrice d'une tumeur gliale

l'angiographie carotidienne gauche confirme l'existence d'un processus expansif temporal.

En septembre 1974, comme il avait été décidé de temporiser avant l'intervention chirurgicale, le malade revient dans le service et l'examen constate la présence d'une hémiparésie droite et d'une aphasie. L'artériographie carotidienne gauche montre alors une lésion expansive hypervasculaire de 6 cm de diamètre, en plein lobe temporal.

INTERVENTION n° 1 (9.9.74) Pr. GOUTELLE :

Exérèse d'un glioblastome isomorphe occupant tout le lobe temporal et qui peut être énucléé comme une métastase. L'examen de la pièce montre une tumeur du volume d'une mandarine, étant le siège et son centre d'une hémorragie.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont très simples : hémiparésie et aphasie disparaissent en moins d'une semaine.

2° - Le 20.3.75 : apparaissent à nouveau des signes neurologiques déficitaires sous forme d'une aphasie et d'une hémianopsie latérale homonyme droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : important ralentissement centro-pariétal-temporal antérieur gauche.

Artériographie carotidienne gauche : récidence in situ, en plein lobe temporal.

INTERVENTION n° 2 (24.3.75) Dr. PIERLUCA :

La tumeur infiltre tout le lobe temporal. On pratique une exérèse partielle, en restant à l'intérieur de la tumeur.

LES SUITES OPERATOIRES :

les suites immédiates sont là encore simples, et les troubles phasiques ont tendance à s'améliorer.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (9.4.75) après la seconde intervention :

L'examen de ce malade est rendu très difficile par une diarrhée verbale. La voix, le timbre, l'articulation sont remarquables. Le discours est assez incohérent et bloqué par le manque du mot. On ne relève que de très rares paraphasies, mais il n'y a ni jargon, ni néologismes. La compréhension est relativement conservée.

On ne peut obtenir sa coopération pour les essais de lecture et d'écriture.

Dans l'ensemble, on est surpris qu'une telle lésion ne donne pas plus de troubles proprement linguistiques.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (18.9.74, après la première intervention) : le malade fait l'amalgame du double message mais il n'y a pas d'asymétrie franche.

		O. G.	O. D.

CHIFFRES	+	95 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	5 %
MOTS	+	57,5 %	35 %
	±	27,5 %	40 %
	o	15 %	25 %
PHRASES	+	30 %	10 %
	±	40 %	40 %
	o	30 %	50 %

Observation G184

TAR... Jean Pierre

28 ans

(Hématome intra-frontal gauche et contusion temporale gauche, post-traumatiques).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 27.12.74 dans le service du Pr. MANSUY ; à la suite d'une chute, dont l'étiologie ne peut être précisée (syncope, crise comitiale ?) il présente un traumatisme crânien, avec fracture temporale gauche ;

L'examen clinique objective une obnubilation, des troubles phasiques, portant sur l'expression et la compréhension, mais il n'y a pas de déficit moteur ou sensitif.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : début de stase papillaire,

E.E.G. : ralentissement fronto-temporal gauche.

Scintigraphie cérébrale : il existe deux foyers distincts.

- 1 - un foyer hyperfixant, précoce, frontal gauche
- 2 - une hyperfixation mal limitée, de la région temporale gauche.

Artériographie carotidienne gauche :

1 - refoulement vers l'arrière de la portion initiale de la cérébrale antérieure ; aux temps artériolo-capillaires : zone de relative hypovascularisation, de siège frontal antérieur, formant une image arrondie de 8 cm de diamètre.

2 - Engagement artériel et veineux de 1 cm et soulèvement modéré de l'artère sylvienne, traduisant la présence d'une contusion temporale en regard du trait de fracture.

INTERVENTION (6.1.75) Dr. SINDOU :

Après évacuation d'une lame d'hématome sous-dural, on constate que le pôle frontal gauche a un aspect contus et infarci. Une petite incision corticale permet d'accéder à un hématome, dans la région fronto-polaire, dont on pratique la résection.

L'EVOLUTION est marquée par :

- une épilepsie avec myoclonies nocturnes globales et clonies diurnes, intéressant surtout la jambe gauche, plus rarement la droite ;
L'E.E.G. objective un foyer épileptogène temporal antérieur gauche.

- un syndrome dépressif réactionnel, s'améliorant sous I.M.A.O.
- un déficit global des activités pratiques verbales et mnésiques.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

14.3.75 : troubles séquellaires avec important manque du mot, lenteur et difficulté d'idéation, trop grande adhérence à un message qui rapidement intoxique; réduction de l'abstraction et surtout trouble de rétention mnésique.

25.1.76 (Dr. MOUNIER-KUHN) : les difficultés d'expression sont réelles, mais la communication avec le malade n'est pas aisée en raison des troubles du comportement.

Il persiste un important manque du mot, un ralentissement général à la fois dans la genèse du concept et dans sa formulation, tant à l'oral qu'à l'écrit, et une difficulté de mémorisation des données complexes.

LE TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE pratiqué à plusieurs reprises, après l'intervention, est pratiquement normal.

TAR... Marcelle

41 ans

(Oblitération de la carotide interne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent, est hospitalisée le 11.10.75 dans le service du Pr. MANSUY : le matin même elle a constitué assez rapidement, mais non brutalement, une hémiplégie droite avec participation faciale et une aphasie d'expression et de compréhension.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. objective un ralentissement permanent temporel gauche.

L'artériographie carotidienne gauche montre une oblitération complète de la carotide interne à son origine, sans aucune réimprégnation sous-jacente.

L'EVOLUTION se fait vers la persistance d'un déficit du membre supérieur droit et d'une aphasie.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (13.4.76) :

L'aphasie est dominée par un trouble de l'évocation avec manque du mot très important. Il n'y a pas de difficulté d'articulation et la compréhension est excellente. Lecture et écriture (de la main gauche) sont possibles.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (13.4.76 et 27.8.76) :

Extinction totale sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	82,5 %	0 %
MOTS	±	7,5 %	2,5 %
	o	10 %	97,5 %
	+	30 %	0 %
PHRASES	±	50 %	20 %
	o	20 %	80 %

		O. G.	O. D.
	+	90 %	30 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	10 %	70 %
	+	77,5 %	15 %
MOTS	±	2,5 %	2,5 %
	o	20 %	82,5 %
	+	30 %	0 %
PHRASES	±	50 %	20 %
	o	20 %	80 %

Observation G186

THO... Georgette

36 ans

(anévrisme sylvien gauche rompu : hématome de la vallée sylvienne).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT en février 1973 pour un syndrome d'hémorragie cérébro-méningée, avec aphasie et hémiplégie faciale droite.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne gauche objective un anévrisme sylvien et un soulèvement de l'artère cérébrale moyenne, traduisant la présence d'un gros lobe temporal.

INTERVENTION (1.2.73) Pr. FISCHER :

On découvre un hématome de la vallée sylvienne gauche, pénétrant la pointe du lobe temporal : lobectomie de l'extrême pointe temporale assurant l'évacuation de caillots et de tissus ramollis péri-hématiques.

L'anévrisme situé au niveau de la bifurcation sylvienne est exclu par pose d'un clip sur le collet.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples. L'artériographie de contrôle est très satisfaisante. Les troubles du langage régressent.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (20.2.73) :

(trois semaines après l'intervention) objective cependant :

- un manque du mot évident
- des paraphasies phonémiques assez nombreuses.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	60 %	30 %
	±	30 %	0 %
	o	10 %	70 %
MOTS	+	47,5 %	5 %
	±	47,5 %	12,5 %
	o	5 %	82,5 %
PHRASES	+	60 %	0 %
	±	40 %	50 %
	o	0 %	50 %

Observation G187

TOU... Gilbert

42 ans

(Thrombose de la carotide interne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 28.5.74 dans le service du Pr. DEVIC ;
le 25.5. il présente brutalement une aphasie massive, mais régressive.
A l'entrée, l'examen clinique objective une hémiparésie brachio-faciale
droite avec astéréognosie de la main droite, quelques difficultés arthiques
lors de l'expression spontanée ; le champ visuel est normal.

Le 29.5. l'aphasie se complète brutalement et s'accompagne
d'une hémiplégie brachio-faciale droite.

L'artériographie carotidienne gauche faite en urgence, objective
alors une oblitération complète de la carotide interne, 3 cm au-dessus de la
bifurcation.

Après une tentative de désobstruction (30.5.74) le malade
est totalement hémiplégique, et présente une hémianopsie latérale homonyme
droite.

Revu en consultation le 4.3.77, le patient présente des
séquelles importantes, tant sur le plan phasique que moteur.

L'E.E.G. objective un ralentissement permanent temporal gauche
comparable à celui enregistré après l'intervention.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (7.10.75, post-opératoire) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction totale sur l'oreille
droite, sauf pour les chiffres.

		Q. G.	Q. D.
+		65 %	55 %
CHIFFRES	±	20 %	5 %
o		15 %	40 %
+		70 %	5 %
MOTS		±	12,5 %
			5 %
o		17,5 %	90 %
+		10 %	0 %
PHRASES		±	60 %
			0 %
o		30 %	100 %

Observation G188

VER... Roger

41 ans

(Embols sylviens).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Hypertendu ayant déjà présenté une hémiparésie droite avec aphasie transitoire, cinq ans auparavant et hospitalisé en octobre 1974 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT, dans les suites d'un infarctus myocardique compliqué au 18e jour d'une hémiplégie faciale gauche, d'une aphasie avec manque du mot et rares paraphasies sans autre déficit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et campimétrie : normaux.

E.E.G. : composante lente temporale droite.

Scintigraphie cérébrale : montre deux images d'hyperfixation en bande, l'une temporale droite, l'autre occipitale gauche, qui font admettre le diagnostic d'accident embolique.

2° - En janvier 1975, le malade garde de rares paraphasies à la dénomination, mais le langage spontané, l'écriture, la lecture sont parfaits.

L'E.E.G. s'est normalisé.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (16.10.74) : extinction importante sur l'oreille droite, particulièrement pour les phrases.

		:	Q. G.	:	Q. D.
		:		:	
		:		:	
		:	90 %	:	50 %
		:		:	
CHIFFRES	±	:	0 %	:	0 %
		:		:	
	o	:	10 %	:	50 %
		:		:	
		:		:	
	+	:	70 %	:	27,5 %
		:		:	
MOTS	±	:	5 %	:	15 %
		:		:	
	o	:	25 %	:	57,5 %
		:		:	
		:		:	
	+	:	40 %	:	0 %
		:		:	
PHRASES	±	:	40 %	:	0 %
		:		:	
	o	:	20 %	:	100 %
		:		:	

VER... Gabriel

57 ans

(Oblitération sylvienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Souffre déjà d'une artérite des membres inférieurs lorsque le 29.6.68 il présente une hémiplégie droite et une aphasie.

Le bilan effectué à l'Hopital Edouard Herriot permet de faire le diagnostic d'oblitération de la sylvienne gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

15.11.68 : il présente alors une hémiparésie brachio-faciale mais la marche est possible.

L'aphasie est globale. Il existe une alexie et une agraphie.

4.12.70 : la situation n'a guère changé. La compréhension est pourtant meilleure, mais l'expression est nulle. La lecture est possible pour les mots simples. L'écriture se fait avec la main gauche.

22.2.74 : s'il n'y a aucun énoncé spontané, on obtient une bonne articulation lors du chant.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : pratiqué six ans après l'accident initial (21.4.74) montre une extinction totale sur l'oreille droite.

[		:	O. G.	:	O. D.	]
[		:		:		]
[		+	70 %	:	30 %	]
[		:		:		]
[CHIFFRES		±	0 %	:	0 %	]
[		:		:		]
[		o	30 %	:	70 %	]
[		:		:		]
[		+	90 %	:	10 %	]
[		:		:		]
[MOTS		±	0 %	:	0 %	]
[		:		:		]
[		o	10 %	:	90 %	]
[		:		:		]

Observation G190

V... Bernard

51 ans

(Oblitération carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Opéré 8 ans plus tôt d'un cancer du larynx, entre dans le service du Pr. DEVIC en avril 1974, pour bilan d'une hémiparésie brachio-faciale droite d'installation progressive, en un mois, sans aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. et gammagraphie : normaux.

L'artériographie carotidienne gauche objective une oblitération complète de la carotide interne au niveau de la bifurcation.

L'artériographie par voie humérale droite, effectuée pour s'assurer de l'absence de lésion métastatique, est normale.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.4.74) : extinction prédominant sur l'oreille gauche, donc paradoxale.

		:	O. G.	:	O. D.
		:		:	
		:		:	
		:		:	
CHIFFRES	+	:	65 %	:	60 %
	±	:	5 %	:	5 %
	o	:	30 %	:	35 %
		:		:	
		:		:	
MOTS	+	:	20 %	:	40 %
	±	:	5 %	:	10 %
	o	:	75 %	:	50 %
		:		:	
		:		:	
PHRASES	+	:	0 %	:	60 %
	±	:	30 %	:	40 %
	o	:	70 %	:	0 %
		:		:	

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	90 %	50 %
	±	0 %	0 %
	o	10 %	50 %
MOTS	+	70 %	27,5 %
	±	5 %	15 %
	o	25 %	57,5 %
PHRASES	+	40 %	0 %
	±	40 %	0 %
	o	20 %	100 %

Observation G191

VIG... Renée

50 ans

(aphasie de Wernicke (étiologie vasculaire)).

RAPPEL CLINIQUE :

Entre le 20.4.75 dans le service du Pr. GIRARD, adressée par l'Hôpital d'Autun à la suite d'une aphasie survenue brutalement après une pluie d'embols.

L'examen clinique objective effectivement une aphasie de Wernicke avec alexie, agraphie, sans trouble gnosique ni trouble de conscience, sans atteinte déficitaire motrice ou visuelle.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et E.E.G. : normaux.

Scintigraphie cérébrale : bande d'hyperfixation modérée le long de la vallée sylvienne gauche.

Artériographie carotidienne gauche : aucune anomalie, à l'exception d'un engagement de 0,5 cm de la cérébrale antérieure.

Il s'est donc agi d'un ramollissement sylvien gauche.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (9.5.75)

Mauvaises performances d'ensemble, sans asymétrie.

		:	:	:	:
		:	O. G.	:	O. D.
		:	:	:	:
		:	:	:	:
		:	:	:	:
		+	:	35 %	:
		:	:	:	27,5 %
		:	:	:	:
		MOTS	±	:	5 %
		:	:	:	:
		:	:	:	10 %
		:	:	:	:
		o	:	60 %	:
		:	:	:	62,5 %
		:	:	:	:
		:	:	:	:

VIL... Clothilde

56 ans

(Sténose de la carotide interne. Aphasie de Wernicke.)

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisée le 13.7.74 dans le service du Pr. DEVIC après l'installation brutale d'une aphasie de Wernicke dont l'évolution est rapidement régressive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et campimétrie : normaux.

L'E.E.G. est normal

L'artériographie carotidienne gauche ne montre aucune anomalie du réseau artériel intracrânien. Cependant, il y a une sténose indiscutable de la carotide interne extracrânienne.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (23.7.74) : performances médiocres des deux côtés surtout sur l'oreille droite.

(	:	O. G.	:	O. D.	)
(	:		:		)
(	+	90 %	:	80 %	)
(	:		:		)
(	CHIFFRES ±	5 %	:	0 %	)
(	:		:		)
(	o	5 %	:	20 %	)
(	:		:		)
(	+	52,5 %	:	35 %	)
(	:		:		)
(	MOTS ±	37,5 %	:	17,5 %	)
(	:		:		)
(	o	10 %	:	47,5 %	)
(	:		:		)
(	+	30 %	:	0 %	)
(	:		:		)
(	PHRASES ±	60 %	:	70 %	)
(	:		:		)
(	o	10 %	:	30 %	)
(	:		:		)

Observation G193

VIN... John

62 ans

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 7.5.73 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT. Il a présenté deux jours plus tôt une hémiparésie droite avec troubles phasiques. A l'entrée, ne persistent qu'une hémiparésie faciale droite et un signe de Babinski droit.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil, champ visuel et E.E.G. sont normaux.

L'artériographie carotidienne gauche est normale également.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (11.5.73) :

Dr. F. MICHEL : ce droitier présente une dysarthrie mais qui se superpose à un bégaiement, et il est difficile de faire la part entre les difficultés habituelles de ce patient et une éventuelle désintégration phonémique qui au demeurant, n'apparaît pas lorsqu'il répète en s'appliquant.

Le patient n'a pas voulu écrire, ni calculer par peur d'un semi-échec prévisible.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (11.5.73) : normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	80 %	90 %
	±	0 %	0 %
	o	20 %	10 %
MOTS	+	80 %	75 %
	±	15 %	12,5 %
	o	5 %	12,5 %
PHRASES	+	30 %	40 %
	±	50 %	50 %
	o	20 %	10 %

WEB... Bernadette

25 ans

(Méningiome parasagittal rolandique gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

présente depuis l'âge de 13 ans, une comitialité généralisée, avec antécédents familiaux héréditaires et collatéraux, certainement essentielle, et bien contrôlée par la thérapeutique.

Elle est hospitalisée dans le service du Pr. DEVIC en octobre 1972 car elle présente une hémiparésie droite, dont l'installation a été précédée de trois crises de l'aire motrice supplémentaire (adversion de la tête à droite et élévation du membre supérieur droit) sans généralisation secondaire.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : il persiste une seule décharge de pointes-ondes diffus en relation avec l'épilepsie ancienne ; on observe par contre de nouveaux signes, sous la forme d'un ralentissement pariéto-temporal postérieur gauche.

Artériographie carotidienne gauche : très volumineuse lésion parasagittale médiane, assez postérieure.

Artériographie carotidienne droite : normale.

INTERVENTION (19.10.72) Pr.GOUTELLE :

Exérèse d'un volumineux méningiome parasagittal, rolandique gauche.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont simples, la malade ne conservant qu'une hémiparésie droite spastique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (13.12.72) post-opératoire : normal.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	85 %	90 %
	±	15 %	10 %
	o	0 %	0 %
PHRASES	+	90 %	87,5 %
	±	10 %	7,5 %
	o	0 %	5 %
MOTS	+	30 %	80 %
	±	40 %	10 %
	o	30 %	10 %

Observation G195

WIL... Henri

42 ans

(Méningiome temporo-occipital gauche implanté sur la tente du cervelet).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 29.1.73 dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT pour bilan de manifestations d'allure fonctionnelle : impression de ralentissement idéomoteur, de troubles mnésiques avec sensations ébrieuses, céphalées, acouphènes, prédominant au niveau de l'oreille droite conduisant à la découverte d'une polyglobulie, mais le bilan complémentaire découvre d'autres anomalies.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'E.E.G. montre des ondes lentes temporales gauches très amples. L'écho est en place.

La gammagraphie : gros foyer temporal gauche.

L'artériographie carotidienne gauche :

- de face : engagement artériel et veineux de 2 cm avec déplacement de l'ensemble du groupe cérébral moyen vers la ligne médiane. Sur les temps tardifs, au-dessus de la portion horizontale de la sylvienne se superpose un fin réseau d'hypervascularisation.

- de profil : les insulaires et le réseau cérébral moyen sont refoulés en haut et en avant. On retrouve en pleine région temporale une lésion hypervasculaire mal limitée, de 6 cm de diamètre, alimentée par une branche flexueuse, qui semble être l'artère de la tente du cervelet. La veine cérébrale interne est refoulée en haut et en arrière, témoignant d'un processus expansif assez profond et parasagittal.

Artériographie humérale gauche :

- de face : engagement de plus d'1 cm du tronc basilaire ; la cérébrale postérieure est refoulée.

- de profil : on voit une lésion temporale floue.

INTERVENTION (31.1.73) Pr. FISCHER :

Exérèse d'un volumineux méningiome temporo-occipital gauche, implanté sur la tente du cervelet, obligeant à pratiquer une lobectomie occipitale partielle.

LES SUITES OPERATOIRES :

sont remarquablement simples : il persiste cependant une hémianopsie latérale homonyme droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	40 %	30 %
	±	10 %	10 %
	o	50 %	60 %
MOTS	+	45 %	45 %
	±	25 %	15 %
	o	30 %	40 %
PHRASES	+	40 %	10 %
	±	50 %	50 %
	o	10 %	40 %

Observation G196

WOL... Ernest

56 ans

(Thrombose de la carotide primitive et de la carotide externe gauches).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé le 10.6.75 dans le service du Pr. LECUIRE, une semaine après avoir constitué brutalement un syndrome optico-pyramidal (occlusion de l'artère centrale de la rétine gauche, hémiplégie droite à prédominance brachio-faciale) et une aphasie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie par voie fémorale rétrograde objective une oblitération totale de la carotide interne gauche, avec thrombus en formation dans la carotide primitive, en avant de la bifurcation, s'étendant à la carotide externe.

Le reste du bilan montre un engagement de la cérébrale antérieure traduisant l'existence d'une augmentation de volume de l'hémisphère gauche, par ramollissement.

INTERVENTION (Dr. DERUTY) :

1° - Le 13.6.75 : ablation d'un thrombus intra-carotidien, flottant dans la lumière artérielle, venant buter sur l'origine de la carotide externe et se continuant partiellement avec une thrombose de la carotide interne gauche, ancienne.

2° - Le 26.6.75 : revascularisation par anastomose extra-intra-crânienne, temporo-corticale.

EVOLUTION :

Assez favorable : en septembre 1975 récupération partielle de la motricité du membre supérieur droit ; le malade arrive à s'exprimer assez bien.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (7.7.75) Dr. F. MICHEL :

Ce malade a une assez bonne compréhension du langage oral et du langage écrit. Mais l'expression est très handicapée : il cherche ses mots. Le démarrage est très difficile, l'énoncé très paraphasique (paraphasies phonémiques surtout).

Il n'y a aucun élément agnosique ou apraxique. Le champ visuel est normal.

Par contre, il existe une agraphie de la main gauche ou avec les lettres mobiles.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (8.7.75) : normal.

Observation G197

ZAG... Christian

(Oligodendrogliome fronto-pariétal gauche. Interventions itératives).

RAPPEL CLINIQUE :

1° Il est opéré pour la première fois le 26.6.72 d'un oligodendrogliome grade I, frontal gauche, révélé par une comitialité généralisée tardive, puis par l'installation d'une hémiparésie gauche avec aphasie motrice. Il s'agit d'un ambidextre.

INTERVENTION n° 1 + Pr. LECUIRE :

La tumeur affleure la surface dans la région fronto-rolandique, l'exérèse aussi complète que possible est menée progressivement. A la partie profonde, juxta-rolandique, existent des veines thrombosées. En d'autres points, la tumeur est mal délimitée et infiltre la substance blanche. Enfin, en d'autres parties, la tumeur a tendance à envoyer des prolongements en direction du système ventriculaire.

LES SUITES sont simples, avec disparition des signes neurologiques déficitaires.

2° - En janvier 1973, après une crise motrice partielle brachio-faciale droite, se réinstallent lentement une hémiparésie droite et une aphasie d'expression

L'artériographie carotidienne gauche confirme la récurrence frontale moyenne.

INTERVENTION n° 2 (30.1.73) Pr. LECUIRE :

La récurrence tumorale présente un volume considérable (sensiblement celui d'une mandarine) L'exérèse est macroscopiquement complète.

Les suites sont là encore très simples.

3° - En décembre 1974, après une période de céphalées, les signes déficitaires réapparaissent, toujours sur le même mode. Artériographie et scintigraphie confirment la récurrence centro-pariétale gauche.

INTERVENTION n° 3 (19.12.74) Pr. LECUIRE :

Exérèse de la tumeur, là encore du volume d'une mandarine, siégeant dans la région centrale.

Suites simples.

4° - En avril 1975 : troisième récurrence.

INTERVENTION n° 4 (22.4.75) :

Exérèse d'une tumeur pariéto-occipitale longue de 6 cm et haute de 5 cm qui pousse un prolongement en direction du carrefour ventriculaire.

5° - nouvelle récurrence en septembre 1975.

INTERVENTION n° 5 (2.9.75) :

permettant l'exérèse d'une tumeur de 8 cm de diamètre occupant la région pariéto-temporale gauche.

En mars 1976 persistent une hémiparésie droite spastique, une hémianesthésie droite, une aphasie d'expression sans déficit du champ visuel.

L'artériographie carotidienne gauche montre encore un aspect de volumineuse tumeur pariétale, mais une 6e intervention n'est pas tentée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Juillet 1972 : il existe des troubles arthiques qui rendent l'énoncé parfois difficile à comprendre.

Septembre 1975 : les troubles arthiques sont toujours au premier plan avec désonorisation, débit syllabaire, paraphasies phonémiques. La compréhension reste excellente.

avril 1976 : l'articulation est pâteuse, parasitée de paraphasies phonémiques.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal à trois reprises jusqu'en mars 1976 où en dehors de nombreuses réponses paraphasiques apparaît une extinction plus nette sur l'oreille gauche, annoncée déjà en 1974 pour la répétition des phrases.

		O. G.	O. D.
	+	90 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	10 %	0 %
	+	82,5 %	97,5 %
MOTS	±	5 %	0 %
	o	12,5 %	2,5 %
	+	20 %	80 %
PHRASES	±	30 %	20 %
	o	50 %	0 %

15.10.74

		O. G.	O. D.
	+	85 %	100 %
CHIFFRES	±	5 %	0 %
	o	10 %	0 %
	+	92,5 %	100 %
MOTS	±	2,5 %	0 %
	o	5 %	0 %
	+	10 %	80 %
PHRASES	±	20 %	20 %
	o	70 %	0 %

2.1.75

		O. G.	O. D.
	+	60 %	85 %
CHIFFRES	±	25 %	15 %
	o	15 %	0 %
	+	60 %	85 %
MOTS	±	30 %	15 %
	o	10 %	0 %

12.9.75

		O. G.	O. D.
	+	0 %	50 %
MOTS	±	45 %	40 %
	o	55 %	10 %
	+	20 %	50 %
PHRASES	±	30 %	40 %
	o	50 %	10 %

Mars 1976

Observation G198

ZEN... Marie Thérèse

RAPPEL CLINIQUE :

1° - A été opérée à l'âge de 21 ans, en 1968, d'un angiome temporal gauche dans le service du Pr. MANSUY, révélé par une hémorragie cérébro-méningée avec coma.

INTERVENTION (13.5.68) Pr. FISCHER :

On découvre immédiatement des vaisseaux angiomateux à la surface du cortex, en dessus de la vallée sylvienne; on pratique une incision corticale à 1 cm au-dessous de la veine sylvienne, de façon à pratiquer en même temps l'exérèse de l'angiome, la vidange de l'hématome intra-temporal gauche et la lobectomie temporale antérieure.

LES SUITES OPERATOIRES :

Ont permis une reprise progressive de la conscience, révélant ainsi une aphasie qui va totalement régresser.

2° - En avril 1975, la malade revient dans le service. Elle présente des troubles du caractère et du comportement.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La campimétrie objective une quadranopsie latérale homonyme supérieure droite.

L'E.E.G. : objective un ralentissement temporal antérieur gauche.

L'artériographie carotidienne gauche ne montre aucune récurrence de l'angiome. L'artère temporale antérieure n'est pas opacifiée. Il existe des signes de dilatation ventriculaire modérée.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (2.5.75) 8 ans après l'intervention, montre l'existence d'une extinction modérée réelle sur l'oreille droite.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	100 %	95 %
	±	0 %	0 %
	o	0 %	5 %
MOTS	+	95 %	55 %
	±	5 %	12,5 %
	o	0 %	32,5 %
PHRASES	+	60 %	10 %
	±	40 %	40 %
	o	0 %	50 %

CHAPITRE III

LÉSIONS HÉMISPHÉRIQUES BILATÉRALES

CHE... René

50 ans

(Tumeur temporale droite et tumeur fronto-rolandique gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Sans antécédent pathologique, ce malade a présenté avant de rentrer dans le service du Pr. DEVIC trois épisodes paroxystiques sur fond de céphalées et vomissements, avec sentiment de déviation vers la droite, rotation de la tête, puis généralisation.

A l'entrée, le 16.9.74, l'examen n'objective qu'une apraxie constructive isolée.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil et champ visuel : normaux.

E.E.G. : ralentissement permanent temporo-pariétal droit. Echo dévié de 5 mm vers la gauche.

Scintigraphie cérébrale :

- à droite : foyer d'hyperfixation modérée, temporo-pariétal postérieur, interhémisphérique.

- à gauche : foyer fronto-pariétal, parasagittal.

Artériographies :

- carotidienne droite : lésion hypervascularisée située sous la vallée sylvienne, d'environ 7 cm de diamètre, de siège profond.

- carotidienne gauche : néoformation parasagittale médiane

EVOLUTION :

Le malade quitte le service sans que n'ait été retenue d'indication opératoire, le diagnostic hésite entre métastases, ou deux tumeurs histologiquement différentes.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (17.9.74) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction modérée sur l'oreille gauche.

		O. G.	O. D.
CHIFFRES	+	95 %	100 %
	±	0 %	0 %
	o	5 %	0 %
MOTS	+	50 %	95 %
	±	15 %	5 %
	o	35 %	0 %
PHRASES	+	70 %	90 %
	±	0 %	0 %
	o	30 %	10 %

Observation Bi 2

DEQ... Sadi

69 ans

(Ramollissement ischémique dans le territoire sylvien gauche,
Métastase centrale droite.)

RAPPEL CLINIQUE :

Insuffisant coronarien, hypertendu, porteur d'un néoplasme du rectum est hospitalisé une première fois dans le service du Pr. SCHOTT le 17.1.76. Il présente une hémiplégie droite à prédominance brachio-faciale, une hémianesthésie droite, une aphasie avec apraxie bucco-faciale, sans hémianopsie.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : signes du croisement.

E.E.G. : foyer d'ondes lentes irrégulières, dans la région fronto-centrale droite.

Scintigraphie cérébrale : (30.12.76) aspect scintigraphique ennuyeux : il existe une zone hyperfixante dans la région sylvienne gauche, mais surtout on objective sur les clichés tardifs un foyer différent se projetant de profil sur la région rétro-rolandique droite, intraparenchymateux, évoquant plus un processus métastatique qu'un accident vasculaire.

L'évolution est en partie régressive sur le plan phasique et moteur. Il persiste cependant un déficit sensitif hémicorporel droit.

Il est ensuite réhospitalisé le 27.12.76 présentant cette fois une hémiplégie gauche globale et flasque, avec troubles de la pallesthésie et de la stéréognosie, d'installation progressive.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La scintigraphie cérébrale ne retrouve que le foyer rétro-rolandique droit, plus fixant et mieux individualisé qu'auparavant.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : effectué lors du premier séjour (30.1.76) mauvaises performances d'ensemble. Dans la répétition des mots, par amalgame du double message, apparaissent des néologismes.

	:	:	:
	:	O. G.	O. D.
	:	:	:
	:	:	:
+	:	40 %	40 %
(CHIFFRES ±	:	10 %	0 %
	:	:	:
□	:	50 %	60 %
	:	:	:
	:	:	:
	:	:	:
+	:	10 %	10 %
(PHRASES ±	:	40 %	40 %
	:	:	:
□	:	50 %	50 %
	:	:	:
	:	:	:

Observation Bi 3

DOU... Henri

64 ans

(Embols de régularisation : lésions bilatérales -
et sténose carotidienne gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé dans le service du Pr. MANSUY pour une histoire clinique insolite : opéré d'un goître toxique avec fibrillation auriculaire, il présente trois jours après la résolution spontanée de ce trouble du rythme (19.6.72) une alexie transitoire pendant une minute, associée à une sensation de bras gauche "fou", puis la semaine suivante, une hémiparésie gauche, avec sensation d'hémicorps gauche "en papier" touchant également l'hémiface gauche ; il ne peut lire, comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut rien énoncer, sinon : "oui... oui...". Dans les suites, il récupère, mais présente de gros troubles de l'articulation et une hémianesthésie gauche avec astéréognosie.

Un premier bilan fait craindre une étiologie tumorale.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Scintigraphie cérébrale et artériographie carotidienne droite montrent une image anormale, pariétale droite, tandis que l'artériographie carotidienne gauche montre une sténose de la carotide interne intra-pétreuse.

Trois semaines après, la gammagraphie est normale de même que l'artériographie carotidienne droite et l'E.E.G. (31.7.72).

On admet le diagnostic d'embols multiples, de régularisation.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (22.7.72) :

- le débit verbal est haché ; il n'y a pas de troubles de la compréhension.

- l'écriture est difficile car le malade a du mal à évoquer la première lettre.

- la lecture est possible.

Il s'agit donc d'une histoire paradoxale avec : aphasie de Broca, alexie aphasique de type postérieur plus une hémiplégie gauche chez un droitier.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (10.4.73) : mauvaises performances d'ensemble. La répétition des mots, par amalgame du double message, fait apparaître des réponses sous forme de néologismes.

		O. G.	O. D.
+		70 %	60 %
(CHIFFRES ±		0 %	15 %
o		30 %	25 %
+		27,5 %	0 %
(MOTS ±		35 %	22,5 %
o		37,5 %	77,5 %
+		10 %	0 %
(PHRASES ±		60 %	60 %
o		30 %	40 %

Observation Bi 4

DUG... Amédée

46 ans

(Hématome sous-dural aigu, frontal droit,
Contusion temporale gauche).

RAPPEL CLINIQUE :

A des antécédents dépressifs. Il est admis en mai 73 dans le service du Pr. LECUIRE à la suite d'un violent traumatisme crânien. Il présente une obnubilation et une hémiparésie gauche. Après bilan angiographique, il est immédiatement opéré.

INTERVENTION (13.5.73) Dr. DERUTY :

1 - Volet temporal gauche : les fragments osseux sont séparés en 4 par les traits de fracture. Il existe un volumineux hématome extra-dural. Sur la base, en particulier au niveau de la mastoïde, la dure-mère est ouverte, et à ce niveau existe une contusion cérébrale très hémorragique.

2 - Lambeau frontal droit. Incision durale permettant l'évacuation d'une lame d'hématome sous-dural aigu.

LES SUITES OPERATOIRES :

Permettent de voir disparaître les troubles moteurs, alors que se révèlent des troubles de l'expression orale et écrite.

E.E.G. : anomalies temporales gauches.

En avril 1976, ce patient est hospitalisé dans le service du Pr. GIRARD pour un accès maniaque : à ce moment là l'examen neurologique est normal, il n'y a plus aucune gêne à l'écriture et à la lecture le langage oral est bien structuré, le discours brillant.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

1 - 17.5.74 :

a) aucun trouble de l'expression ou de la compréhension.
Il existe par contre des difficultés de lecture et surtout d'écriture. Par contre le calcul est bon.

b) TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille droite.

2 - 26.5.75 :

a) L'examen est bien plus favorable : puisque le patient n'est mis en échec que pour l'écriture.

b) TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : persistance d'une extinction sur l'oreille droite, mais moins importante qu'auparavant.

		O. G.	O. D.
	+	95 %	50 %
CHIFFRES	±	0 %	15 %
	o	5 %	35 %
	+	65 %	7,5 %
MOTS	±	12,5 %	20 %
	o	22,5 %	72,5 %
	+	100 %	0 %
PHRASES	±	0 %	30 %
	o	0 %	70 %

n° 1

		O. G.	O. D.
	+	100 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	0 %	0 %
	+	97,5 %	32,5 %
MOTS	±	2,5 %	20 %
	o	0 %	47,5 %
	+	80 %	20 %
PHRASES	±	10 %	60 %
	o	10 %	20 %

n° 2

Observation Bi 5

EPA... Louis

59 ans

(Surdité verbale. Lésions ischémiques bilatérales).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Hypertendu il a présenté le 23 avril 1973 une hémiparésie gauche avec participation faciale, à début ictial, précédée de troubles du rythme cardiaque. Il est alors hospitalisé dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT.

EXAMENS PARACLINIQUES :

L'artériographie carotidienne droite révèle une plaque de sténose au niveau de la bifurcation carotidienne et un rétrécissement de la portion intra-pétreuse de la carotide interne.

E.E.G. : ralentissement intermittent de l'activité cérébrale au niveau de la région temporale droite.

Fond d'oeil et champ visuel sont normaux.

Le 20 juin persistent seulement une maladresse de la main gauche, une parésie faciale inférieure gauche et des douleurs nocturnes dans l'avant-bras gauche.

2° - Il est hospitalisé de nouveau en urgence à l'Hopital Edouard Herriot le 2 janvier 1974 après un malaise inauguré par une perte de connaissance de quinze minutes, suivi d'une dysarthrie et d'un sentiment de surdité bilatérale.

L'examen (Pr. BOURRAT), outre une aphasie, permet de savoir que le malade présente non pas une surdité, mais un trouble de la compréhension des sons verbaux : les paroles sont toutes perçues comme des bruits indifférenciés. La communication se fait par écrit et le malade exécute les ordres demandés ;

Il n'y a par contre pas d'apraxie, d'acalculie, d'hémianopsie, et pas de déficit moteur ou sensitif.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : petits signes de dégénérescence vasculaire. Nombreux exsudats colloïdes dans les deux champs rétinien.

E.E.G. : aucune anomalie focalisée.

Scintigraphie cérébrale : zone d'hyperfixation modérée au niveau temporal postérieur gauche ; aucune trace de l'accident vasculaire droit présenté huit mois auparavant.

Il n'a pas été fait de carotidographie gauche. Il s'agit donc actuellement d'un ramollissement dans le territoire sylvien postérieur gauche.

EVOLUTION :

Le malade quitte le service et est revu régulièrement en consultation (Pr. BOURRAT).

Le 15.10.74, 10 mois après le deuxième accident, l'élément de surdité verbale est encore au premier plan, mais la compréhension est bien meilleure, les consignes simples étant bien saisies sans l'aide de la lecture labiale.

L'énoncé oral du malade présente des caractères pathologiques :

- la voix est trop aigue, la mélodie est estompée,
- la parole est souvent floue, les mots sont télescopés ; la syntaxe des phrases est souvent incorrecte. L'épreuve de dénomination fait surgir de nombreuses paraphrasies phonémiques.

Le 7.2.76 : après deux ans d'évolution, le malade est toujours gêné pour "comprendre" sa propre voix, a beaucoup de mal à écouter la radio, comprenant mal dès que les phrases sont longues.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (5.2.74) Dr. F.MICHEL :

Ce malade présente bien en effet une atteinte centrale de l'audition. On ne peut parler d'agnosie auditive car il reconnaît encore qu'avec difficultés, hésitations et erreurs, les bruits familiers.

On dirait plus volontiers surdité verbale puisque ce sont les sons de parole qui sont les plus difficilement décodés.

Le handicap pour comprendre ce qu'on lui dit contraste avec un langage spontané relativement bon (quelques paraphrasies cependant), une bonne compréhension du langage écrit et la possibilité de s'exprimer par écrit. Il y a cependant une discrète atteinte proprement linguistique car, outre les paraphrasies, on note un dysgrammatisme et un manque du mot.

En somme, surdité verbale avec discrète teinte d'aphasie de Wernicke.

Ceci évoque une atteinte bilatérale sur les radiations acoustiques et/ou sur les zones de Heschl.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE (22.3.77 ; après trois ans d'évolution) :
difficulté de différencier le double message qui est restitué sous forme d'un
amalgame des deux items.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES (31.1.74) : extinction à peu près
totale des réponses au niveau temporal. Seule subsiste une réponse vertex
peu consistante qui reste plus ample pour les fréquences basses que pour
les fréquences élevées.

(surdité corticale).

RAPPEL CLINIQUE :

Est hospitalisé à la fin du mois d'avril 1977 dans le service du Pr. SCHOTT. Il présente une myocardiopathie primitive diagnostiquée en 1973.

Il est adressé avec le diagnostic d'agnosie auditive : les troubles qu'il présente se sont révélés brutalement, un matin au réveil le 11.10.76, et se sont accompagnés, au tout début, d'une gêne transitoire à l'élocution.

A l'entrée dans le service, l'examen n'objective aucun déficit sensitif ou moteur et le champ visuel est normal.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

Audiométrie : déficit bilatéral sur les aigus, prédominant à gauche, n'expliquant absolument pas l'état du malade.

E.E.G. : normal.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Le patient "entend, mais ne comprend pas". A aucun moment il n'a eu le sentiment d'être sourd.

La répétition d'environ 10 % des mots courts est possible, mais elle est impossible pour les mots longs et pour les phrases. La répétition des rythmes est nulle. La localisation auditive grossière est possible, mais il existe un certain degré d'inattention auditive.

- la reconnaissance des bruits est nulle.
- le malade semble capable de différencier une voix de femme d'une voix d'homme. Il est capable de chanter et de reconnaître quelques mélodies simples.

Il n'y a pas le moindre trouble linguistique : le malade lit, écrit, dénomme. Son vocabulaire est bon et le timbre de sa voix bien placé.

Il n'y a pas d'agnosie visuelle.

Sur le plan nosologique, ce cas est à la frontière entre l'agnosie auditive et la surdité corticale.

Cliniquement, tout oriente vers une lésion ischémique temporale droite passée totalement inaperçue, révélée lors d'un nouvel accident controlatéral récent, d'étiologie vraisemblablement embolique compte-tenu de la cardiopathie.

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : impossible à réaliser.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES : à deux reprises : absence totale de réponses évoquées acoustiques, alors que les potentiels évoqués visuels facilement obtenus, sont normaux.

Une exploration par l'EMI-SCANNER (3.5.77) confirme les données cliniques en objectivant :

1 - Un ramollissement sylvien droit étendu, cicatriciel, intéressant la zone de Heschl.

2 - Un ramollissement sylvien superficiel gauche.

CHAPITRE IV

LÉSIONS DU TRONC CÉRÉBRAL

Observation TC 1

CHA... Régis

55 ans

(cancer pulmonaire - métastases multiples : métastase de la partie postérieure du troisième ventricule).

RAPPEL CLINIQUE :

1° - Entre dans le service du Pr. ALLEGRE, adressé par le service du Dr. GARDE : il présente initialement un syndrome d'hypertension intracrânienne, confirmé par l'examen du fond d'oeil.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : oedème papillaire bilatéral.

E.E.G. : objective quelques anomalies lentes fronto-temporales gauches.

L'artériographie carotidienne gauche objective un aspect d'hydrocéphalie.

L'artériographie humérale gauche ne montre que des signes indirects avec refoulement en avant du tronc basilaire et engagement de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure.

INTERVENTION (30.1.76) Pr. GOUTELLE :

Dérivation ventriculo-atriale .

2° - Deux semaines plus tard, la symptomatologie se complète avec apparition d'un syndrome d'Argyll-Robertson et d'un syndrome de Parinaud incomplet et parfois d'une ébauche de nystagmus rétractorius traduisant une lésion du tectum mésencéphalique.

EXAMENS PARACLINIQUES :

La scintigraphie cérébrale objective alors une petite zone d'hyperfixation se projetant dans la région ventriculaire gauche.

L'encéphalographie gazeuse met en évidence une sténose de la partie haute de l'aqueduc, en bec de flûte, et la ventriculographie une volumineuse lacune située à la partie postérieure du IIIe ventricule, venant presque au contact de la commissure grise interhémisphérique.

Le bilan général découvrant un néoplasme pulmonaire, permet d'affirmer la nature métastatique de cette néoformation.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (20.2.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : normal.

(		:		:	
(		:	O. G.	:	O. D.
(		:		:	
(		:		:	
(		+	85 %	:	95 %
(		:		:	
(		MOTS ±	5 %	:	5 %
(		:		:	
(		o	10 %	:	0 %
(		:		:	
(		:		:	

Observation TC 2

MUN... Rita

33 ans

(Tumeur du pédoncule cérébral droit).

RAPPEL CLINIQUE

Malade hospitalisée à plusieurs reprises dans le service du Pr. GIRARD et du Pr. SCHOTT puis dans le service du Pr. MANSUY.

1° - En décembre 1975, elle a fait une crise comitiale généralisée, rapidement suivie d'une hémiparésie gauche progressive avec participation faciale, associée à des céphalées hémicrâniennes droites, sans déficit sensitif.

EXAMENS PARACLINIQUES :

Fond d'oeil : normal.

E.E.G. : ralentissement bitemporal, prédominant à droite.

Scintigraphie cérébrale normale.

Artériographie carotidienne droite : aspect d'hydrocéphalie, avec déroulement de la péricalleuse.

Artériographie humérale gauche : soulèvement de l'artère cérébelleuse supérieure gauche.

La P.E.G. confirme l'hydrocéphalie et montre un engagement du ventricule latéral droit, ainsi qu'une mauvaise visualisation de l'aqueduc de Sylvius.

2° - Deux mois plus tard : les symptômes se sont considérablement aggravés : il existe alors une hémiplégie gauche massive sans troubles sensitifs, sans amputation du champ visuel, un syndrome de Parinaud complet et l'hypertension intracrânienne est évidente.

EXAMENS PARACLINIQUES :

E.E.G. : ralentissement temporal droit.

Scintigraphie cérébrale toujours normale.

INTERVENTION (Pr. FISCHER) :

(Après dérivation ventriculo-jugulaire gauche par pose d'une valve de Holter et après ventriculographie opaque ayant montré une sténose et un refoulement postérieur de l'aqueduc) volet temporal droit. Reclinaison de la face inférieure du lobe temporal droit vers le haut ; incision de la tente du cervelet : on découvre dans la région latéro-pédonculaire droite une masse blanchâtre, d'allure tumorale issue du pédoncule cérébral droit.

La biopsie à minima ne permet pas de mettre en évidence de tissu tumoral lors de l'examen anatomopathologique.

L'EVOLUTION :

confirme bien la néoformation : aggravation progressive de l'état général, coma et exitus. Il n'y a pas eu de vérification anatomique.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (26.5.76) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction quasi totale sur l'oreille gauche.

POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES (30.5.76) : normaux.

PAW... Anne-Marie

35 ans

(Spongioblastome du tronc cérébral, latéralisé à droite).

RAPPEL CLINIQUE :

Cette malade entre pour la première fois dans le service du Pr. DEVIC en mai 1971, pour un syndrome d'hypertension intracrânienne, sans signe de localisation clinique. Seule l'encéphalographie gazeuse apporte un élément déterminant, en montrant un blocage au niveau de l'aqueduc de Sylvius. Après iodoventriculographie qui indique l'existence d'une néoformation dans la région pinéale, ...

INTERVENTION (13.5.71) Pr. LAPRAS :

Après lobectomie temporale droite, on découvre une volumineuse formation kystique en avant du tronc cérébral, sous la communicante postérieure qui est en fait une hernie du plancher du III^e ventricule dans l'espace inter-pédonculaire et pré-pontique. Plus en arrière, après incision longitudinale de la tente du cervelet et sacrifice des veines temporales moyennes qui s'y implantent, on découvre une tumeur latéralisée à droite entre la face supérieure du cervelet et la région pinéale.

L'exérèse est macroscopiquement complète.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

Spongioblastome polaire.

SUITES OPERATOIRES :

Après l'intervention persistent une monoparésie brachiale droite sans déficit sensitif et une hémianopsie latérale homonyme gauche.

En novembre 1973, la malade est à nouveau hospitalisée car elle présente des céphalées et un syndrome confusionnel.

La P.E.G. ne montre pas de récurrence, mais une dilatation majeure des ventricules latéraux, sans blocage mécanique, conduisant à poser une valve de Holter.

Tout rentre dans l'ordre, mais cinq mois plus tard, l'examen constate un syndrome de Parinaud incomplet.

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE (9.3.73, deux ans après l'intervention) :

TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : extinction importante sur l'oreille gauche, persistant, à un degré moindre, au deuxième passage.

		O. G.	O. D.
	+	0 %	100 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	100 %	0 %
	+	2,5 %	80 %
MOTS	±	0 %	15 %
	o	97,5 %	5 %
	+	20 %	60 %
PHRASES	±	0 %	20 %
	o	80 %	20 %

		O. G.	O. D.
	+	70 %	50 %
CHIFFRES	±	0 %	0 %
	o	30 %	50 %
	+	20 %	82,5 %
MOTS	±	12,5 %	15 %
	o	67,5 %	2,5 %
	+	10 %	30 %
PHRASES	±	30 %	50 %
	o	60 %	20 %

TROISIEME PARTIE

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

- RÉSULTATS

- DISCUSSION

CHAPITRE I

TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE :

RÉSULTATS D'ENSEMBLE

1° - Les patients que nous avons observés présentaient des lésions de sièges variés et d'étiologie diverse (vasculaire, tumorale, traumatique, infectieuse, dégénérative).

306 ont été soumis au moins une fois à la version du test d'écoute dichotique de F. MICHEL, formée, il faut le rappeler, de l'association de trois sous-épreuves (chiffres-mots-phrases).

2° - Schématiquement, nos observations se répartissent en deux groupes d'inégale importance.

- Groupe des lésions hémisphériques :

. les lésions hémisphériques constituent la presque totalité des cas étudiés.

. la plupart d'entre elles sont unilatérales. L'écoute dichotique a été réalisée dans :

107 cas de lésion droite

191 cas de lésion gauche

. 6 de nos observations ont porté sur des cas de lésions hémisphériques bilatérales

- Groupe des lésions du tronc cérébral :

3 cas seulement en ont été étudiés, car nous recherchions des lésions proches des tubercules quadrijumeaux inférieurs, qui sont évidemment rares.

3° - Pour chacun des patients, les performances individuelles au test dichotique ont été rapportées en fin d'observation, dans la mesure où les résultats étaient exploitables.

Il importe maintenant de faire la somme et la synthèse de toutes ces données sur un mode quantitatif :

- . pour l'ensemble du test proposé
- . pour chacun des subtests, séparément.

et sur un mode qualitatif, lorsque cela présente un intérêt.

I - RÉSULTATS GLOBAUX

(3 subtests réunis)

I - ASPECT QUANTITATIF (réponses parfaites ou échecs)

A - GROUPE DES LÉSIONS HÉMISPHERIQUES (99 % des cas étudiés)

1° - Lésions unilatérales

a) Dans notre série, l'élément dominant est le suivant : une lésion unilatérale provoque très souvent une perturbation franche de l'audition d'un hémisphère, se traduisant par une nette diminution, voire une abolition des performances de l'oreille controlatérale, ou, dans certains cas, de l'oreille ipsilatérale.

EXTINCTION CONTROLATÉRALE :

C'est le type de déficit que nous avons le plus couramment observé :

- la quasi-totalité des extinctions causées par les lésions droites siègent sur l'oreille gauche.

- les trois quarts environ des extinctions causées par les lésions gauches, siègent sur l'oreille droite. L'extinction controlatérale est d'autant plus fréquente que les malades sont aphasiques.

EXTINCTION PARADOXALE, IPSILATÉRALE :

Elle est plus rare :

- un peu moins d'un quart des extinctions causées par les lésions gauches siègent sur l'oreille gauche (observation G 2, 22, 30, 32, 46, 55, 56, 57, 58, 59, 64, 65, 66, 71, 73, 78, 85, 92, 95, 96, 111, 114, 123, 126, 127, 130, 132, 133, 144, 145, 155, 160, 162, 165, 179, 190, 197). Ce type de déficit est d'autant plus fréquent que les patients ne sont pas aphasiques.

- sur 107 lésions droites, nous n'avons trouvé que deux cas (D36, D44), sur lesquels nous reviendrons, s'accompagnant d'une extinction sur l'oreille droite.

b) Si le test dichotique a été souvent effectué pour étudier des cas de lésions temporales ou pariétales, nos patients n'ont pourtant pas été sélectionnés, comme en témoigne la pluralité des sites lésionnels rapportés dans nos observations.

Il est donc logique que certains aient des performances normales.

- C'est ce que nous avons observé pour un nombre réduit mais sensiblement égal de cas de lésions droites et de lésions gauches.

- Pour les lésions gauches, les sujets ayant des performances intactes se recrutent en majorité (mais pas en totalité) parmi les non-aphasiques.

- Nous avons rencontré deux sujets capables de répéter la totalité des items droits et gauches, c'est-à-dire capables de réussir mieux que les sujets témoins:

Tous deux présentaient une lésion hémisphérique droite (observations D26 et D105).

c) Il est intéressant de comparer les résultats des malades à ceux des sujets témoins.

- en cas de lésion droite : les performances de l'oreille ipsilatérale (oreille droite) sont pratiquement aussi bonnes que celles des témoins.

- en cas de lésion gauche, les performances de l'oreille gauche se situent à un niveau inférieur, que les malades soient ou non aphasiques.

2° - Lésions bilatérales :

Le test dichotique n'a pu être effectué que dans 5 des 6 cas étudiés.

Il est évident que ces lésions n'ont que très peu de chances d'être symétriques. Ceci explique l'absence de spécificité des résultats de l'écoute dichotique au sein de cet échantillon hétérogène.

- dans le cas le plus intéressant cliniquement (surdité corticale - obs. Bi 6), où la lésion était bi-temporale (mais non symétrique), la passation du test n'a pas été possible.

- dans deux cas, il s'est agi d'une extinction controlatérale à la lésion temporale :

Obs. Bi 1 : extinction sur l'oreille gauche (lésion temporale droite associée à une lésion frontale gauche),

Obs. Bi 4 : extinction sur l'oreille droite (contusion temporale gauche associée à un hématome sous-dural frontal droit).

- dans les trois autres cas le test n'a révélé que des mauvaises performances d'ensemble, pour les messages de droite, comme pour ceux de gauche.

B - LESIONS DU TRONC CEREBRAL :

Nous avons étudié 3 cas de tumeurs du tectum mésencéphalique, s'accompagnant toutes, cliniquement, d'un syndrome de Parinaud.

- chez l'un (obs. TC1) la néoformation semblait être latéralisée à gauche. Le test dichotique était normal.

- dans les deux autres cas (TC2 - TC3) où le processus lésionnel était nettement latéralisé à droite, nous avons observé la présence d'une extinction controlatérale, sur l'oreille gauche, les performances de l'oreille droite étant intactes.

II - ASPECT QUALITATIF :

Globalement, le nombre de réponses imparfaites (cotées $\pm$) est sensiblement le même, que la lésion siège à droite ou à gauche.

Il prédomine toutefois au cours des lésions gauches, s'accompagnant d'une aphasie.

Il est, enfin, beaucoup plus important chez les malades que chez les témoins.

II - RÉSULTATS GLOBAUX

(pour chacun des trois subtests)

Le test auquel ont été soumis nos patients, même s'il n'utilise que du matériel verbal, ne constitue pas une entité :

- d'une part parce que le niveau de difficulté semble varier lorsqu'il s'agit de répéter des chiffres, des mots ou des syntagmes présentés par paires.

- d'autre part parce qu'il n'est pas toujours possible de l'effectuer en totalité chez tous les malades.

Il faut maintenant, observer la manière dont se comportent nos patients, vis-à-vis de chacun des subtests.

Dans notre série, le groupe des lésions hémisphériques unilatérales est le plus important, le plus homogène donc le plus démonstratif.

Notre intérêt se portera ici sur ces lésions et sur elles seules.
Nous n'étudierons que :

L'ASPECT QUANTITATIF :

Parallèlement à des données chiffrées et dans la mesure où ils peuvent apporter des éclaircissements, nous présentons dans les tableaux qui suivent, la somme des résultats individuels dont nous disposons, pour chacune des trois épreuves.

. Pour les lire facilement, il faut savoir que:

1 - dans tous les cas, sont portés en ordonnée et exprimés en pourcentage, le taux de réponses justes pour les items présentés à l'oreille gauche ; en abscisse le taux (%) de réponses justes pour les items présentés à l'oreille droite.

2 - Par rapport à la bissectrice (ligne pointillée) :

. tous les points situés au-dessus d'elle, correspondent aux cas où les performances de l'oreille gauche sont meilleures que celles de l'oreille droite.

. tous les points situés au-dessous d'elle correspondent aux cas où les performances de l'oreille droite sont meilleures que celles de l'oreille gauche.

3° - Nous avons arbitrairement délimité des frontières (lignes grisées)

- sont considérés comme ayant des résultats normaux, les patients dont les performances sont supérieures à 70 % de réussite lors de la répétition des items de droite et de gauche.

- sont considérés comme présentant une extinction unilatérale franche les patients ayant des performances inférieures à 30 % de réussite :

. pour les lésions gauches, celle-ci apparaîtra soit sur l'oreille droite (extinction controlatérale) soit sur l'oreille gauche (extinction paradoxale).

. pour les lésions droites, l'extinction apparaîtra sur l'oreille gauche (extinction controlatérale).

Hors de ces frontières, se situe un certain nombre de malades dont les performances sont intermédiaires (entre 30 et 70 % de réussite).

4° - Ces résultats ne sont représentatifs que de notre échantillon de malades. Nous n'avons pas étudié un nombre égal de cas de lésions frontales, occipitales et pariéto-temporales droites ou gauches.

Dans notre série, ces dernières sont majoritaires, le test dichotique étant, en pratique, effectué plus souvent chez les patients susceptibles d'avoir des performances asymétriques.

A - LESIONS HEMISPHERIQUES GAUCHES :

Nombre de résultats individuels exploitables auxquels font références nos calculs et nos tableaux.

- chiffres : 157

- mots : 177

- phrases : 147

1 - CHIFFRES

a) Résultats normaux : performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche comprises entre 70 % et 100 % de réussite.

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	16	:	10,2 %	)
> 90 %	:	35	:	22,3 %	)
> 80 %	:	51	:	32,5 %	)
> 70 %	:	<u>59</u>	:	<u>37,6 %</u>	)

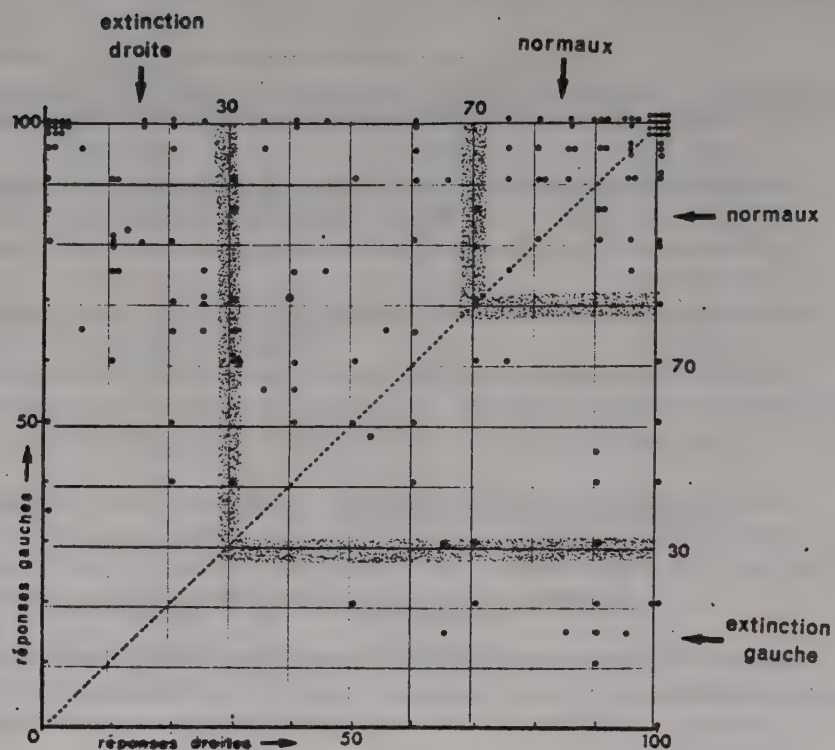
b) Extinction controlatérale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille droite).

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	19	:	12,5 %	)
> 90 %	:	29	:	18,5 %	)
> 80 %	:	40	:	25,5 %	)
> 70 %	:	<u>52</u>	:	<u>33,1 %</u>	)

c) Extinction paradoxale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille gauche)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	1	:	0,6 %	)
> 90 %	:	2	:	1,2 %	)
> 80 %	:	<u>11</u>	:	7 %	)
> 70 %	:	<u>14</u>	:	<u>8,9 %</u>	)

TABLEAU n° 1 : CHIFFRES - LESIONS GAUCHES



Pour l'épreuve de répétitions des chiffres : on voit qu'il existe un nombre sensiblement égal de malades qui :

- soit ont des performances normales

- soit présentent d'emblée une extinction franche, sur l'oreille droite (donc controlatérale à la lésion.)

Ce subtest se révèle assez sélectif pour dépister les cas où existe une extinction paradoxale, sur l'oreille gauche.

Mais chez un assez grand nombre de malades, les performances sont situées à un niveau intermédiaire et ne permettent pas de conclure.

2 - MOTS

a) Résultats normaux : performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche comprises entre 70 % et 100 % de réussite.

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
(100 %	:	3	:	1,7 %	)
(> 90 %	:	15	:	8,5 %	)
(> 80 %	:	31	:	17,5 %	)
(> 70 %	:	<u>40</u>	:	<u>22,6 %</u>	)

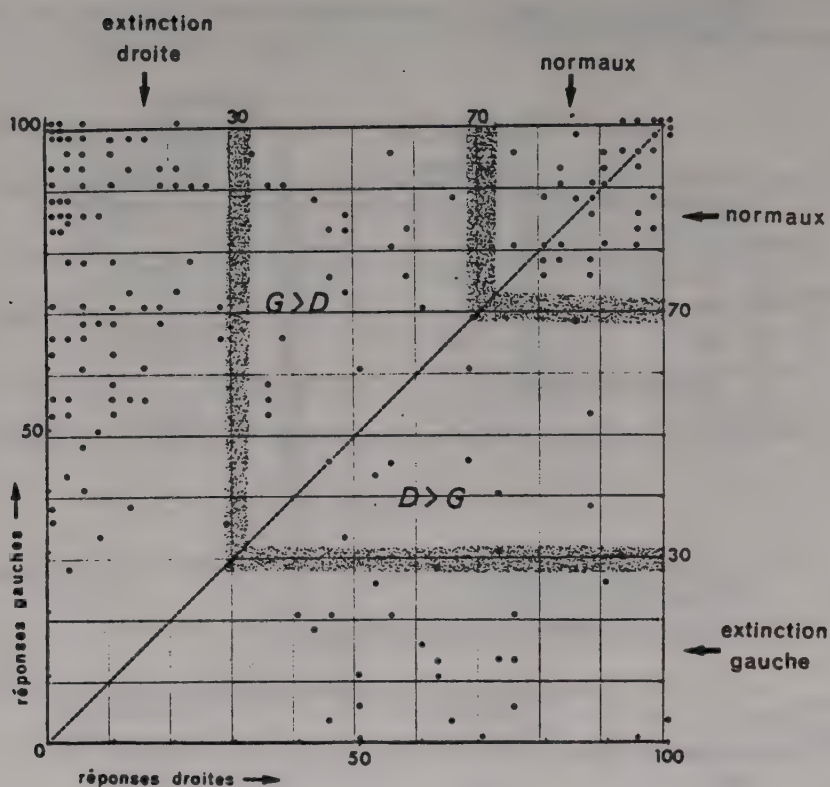
b) Extinction controlatérale : (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille droite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
(100 %	:	23	:	13 %	)
(> 90 %	:	62	:	35 %	)
(> 80 %	:	79	:	44,6 %	)
(> 70 %	:	<u>85</u>	:	<u>48 %</u>	)

c) Extinction paradoxale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille gauche).

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
(100 %	:	3	:	1,7 %	)
(> 90 %	:	11	:	6,2 %	)
(> 80 %	:	19	:	10,7 %	)
(> 70 %	:	<u>24</u>	:	<u>13,5 %</u>	)

TABLEAU n° 2 : MOTS- LESIONS GAUCHES



Les résultats obtenus sont plus évocateurs pour ce subtest que pour le précédent, et ceci apparaît bien à l'inspection du tableau n° 2.

En effet, on trouve un plus grand nombre de malades présentant une extinction franche sur l'oreille droite (extinction controlatérale) ou sur l'oreille gauche (extinction paradoxale).

En revanche, on assiste à une diminution du nombre de patients dont les performances sont normales.

Enfin, ceux qui ont des performances intermédiaires sont également moins nombreux. Au sein de ce groupe de malades difficiles à classer, on observe que quelques-uns ont des scores qui les situent à un niveau subnormal, alors que la plupart se rapprochent des extinctions droites franches.

Au total, l'extinction droite, controlatérale, s'affirme plus nettement avec la répétition des mots.

3 - PHRASES

a) Résultats normaux : performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche comprises entre 70 et 100 % de réussite.

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	2	:	1,3 %	)
> 90 %	:	5	:	3,4 %	)
> 80 %	:	8	:	5,4 %	)
> 70 %	:	<u>10</u>	:	<u>6,8 %</u>	)

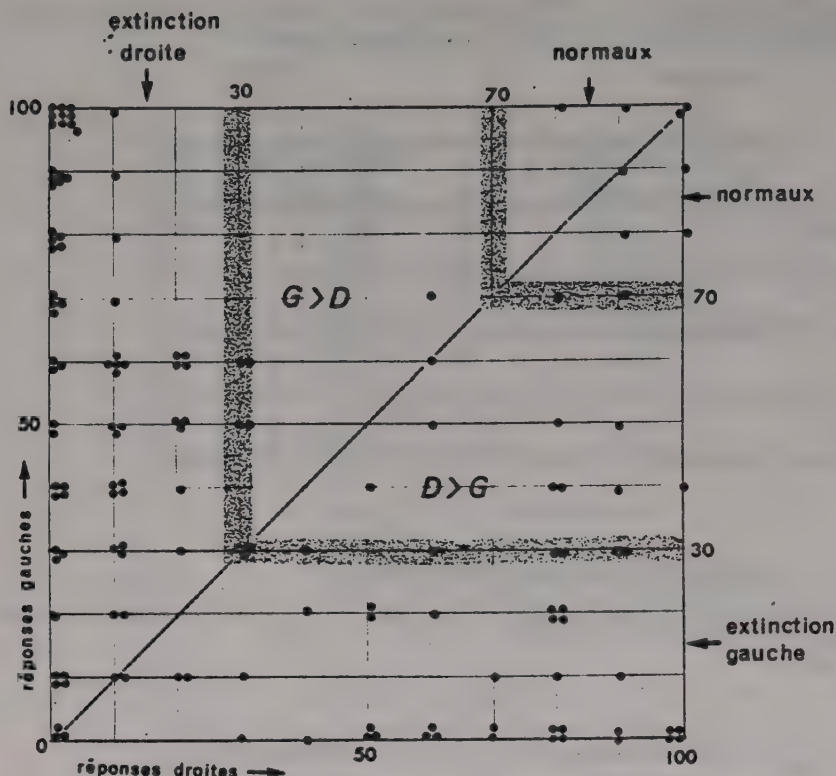
b) Extinction controlatérale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille droite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	42	:	28,5 %	)
> 90 %	:	63	:	42,8 %	)
> 80 %	:	72	:	48,9 %	)
> 70 %	:	<u>76</u>	:	<u>51,7 %</u>	)

c) Extinction paradoxale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille gauche)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	20	:	13,6 %	)
> 90 %	:	26	:	17,6 %	)
> 80 %	:	35	:	23,8 %	)
> 70 %	:	<u>41</u>	:	<u>27,9 %</u>	)

TABLEAU n° 3 : PHRASES - LESIONS GAUCHES



La répétition des phrases apparaît être une épreuve très sélective :

- Il n'y a que très peu de malades porteurs d'une lésion gauche dont les performances sont soit normales, soit situées au niveau intermédiaire.

- corollaire : on assiste à une accentuation nette du taux d'extinctions droites ou gauches.

Il faut remarquer que se révèlent ainsi des cas d'extinction paradoxales qui n'avaient pas été dépistées par les autres subtests, (obs. G 59, G 85, G 123, G 197).

Pourtant, il faut insister sur le fait qu'il n'est pas possible d'utiliser, chez tous les malades, cette épreuve qui est déjà difficile pour les sujets normaux.

B - LESIONS HEMISPHERIQUES DROITES :

Nombre de résultats individuels exploitables auxquels font référence nos calculs et le tableau n° 4 :

Chiffres : 101
mots : 103
phrases : 99

1 - CHIFFRES

a) résultats normaux (performance de l'oreille droite et de l'oreille gauche comprises entre 70 % et 100 % de réussite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	15	:	14,8 %	)
> 90 %	:	25	:	24,7 %	)
> 80 %	:	40	:	39,6 %	)
> 70 %	:	48	:	47,5 %	)

b) Extinction controlatérale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille droite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	13	:	12,8 %	)
> 90 %	:	21	:	20,7 %	)
> 80 %	:	27	:	26,7 %	)
> 70 %	:	33	:	32,6 %	)

pour les cas de lésion droite, la répétition écholalique des chiffres présentés par paires est à la fois très sélective et trompeuse:

- soit se révèle d'emblée une extinction franche, hautement significative, sur l'oreille gauche, totale dans 13 % des cas, importante chez le tiers des malades testés.

- soit on trouve, chez de très nombreux sujets, des performances strictement normales (1 sur deux restitue parfaitement 7 paires sur 10), ou moins souvent, des scores intermédiaires qui, comme pour le cas des lésions gauches, ne permettent pas de conclure.

2 - MOTS

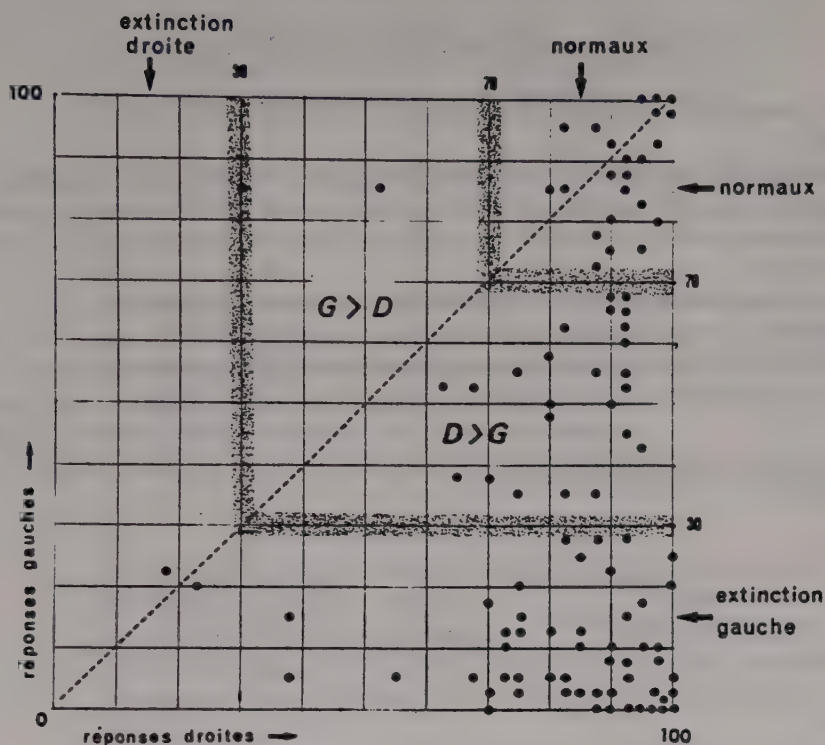
a) Résultats normaux (performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche comprises entre 70 % et 100 % de réussite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	2	:	1,9 %	)
> 90 %	:	9	:	8,7 %	)
> 80 %	:	19	:	18,4 %	)
> 70 %	:	<u>23</u>	:	<u>22,3 %</u>	)

b) Extinction controlatérale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille droite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	11	:	10,6 %	)
> 90 %	:	34	:	33 %	)
> 80 %	:	46	:	44,6 %	)
> 70 %	:	<u>52</u>	:	<u>50,4 %</u>	)

TABEAU n° 4 : MOTS - LESIONS DROITES



Commentaires : 4 points doivent être soulignés pour ce subtest :

- il permet d'objectiver de nombreuses extinctions gauches controlatérales.
- par contre, on voit très bien, contrairement aux cas de lésion gauche, l'absence d'extinction ipsilatérale paradoxale.
- en comparaison avec les résultats obtenus pour les chiffres, des performances normales subsistent, mais chez un nombre plus restreint de sujets.
- enfin, pour ceux qui se situent à un niveau intermédiaire, leurs performances sont plus proches de la normale que de l'extinction.

3 - PHRASES

a) Résultats normaux (performances de l'oreille droite et de l'oreille gauche comprises entre 70 et 100 % de réussite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	2	:	2 %	)
> 90 %	:	4	:	4 %	)
> 80 %	:	7	:	7 %	)
> 70 %	:	<u>10</u>	:	<u>10 %</u>	)

b) Extinction controlatérale (plus de 70 % d'échecs sur l'oreille droite)

	(	Nombre de	:	Nombre de	)
	(	malades	:	malades (%)	)
100 %	:	50	:	50,5 %	)
> 90 %	:	60	:	60,6 %	)
> 80 %	:	69	:	69,6 %	)
> 70 %	:	<u>76</u>	:	<u>76,7 %</u>	)

Ici, la présentation dichotique des phrases peut être utilisée plus régulièrement que chez les patients à lésion gauche.

Cette épreuve s'y montre tout aussi sélective ; il y a une véritable bipolarisation des réponses:

- soit elles sont normales (ce qui est rare)

- soit elles traduisent l'existence d'une extinction gauche, qui est alors beaucoup plus accusée que lors de la répétition des autres subtests

Il n'y a que très peu de cas intermédiaires, et, encore une fois, on constate l'absence d'extinction sur l'oreille ipsilatérale.

C H A P I T R E I I

RÉSULTATS DU TEST D'ÉCOUTE DICHOTIQUE CHEZ L'APHASIQUE

(par lésion gauche uniquement)

Comme nous l'avons déjà mentionné, parmi les malades atteints de lésion gauche, notre série comporte un lot important d'aphasiques en raison de l'orientation du service.

On voit dans le tableau ci-dessous, que l'épreuve de répétition des mots a été la plus utilisée chez nos malades. Nous avons parfois raccourci le test en omettant volontairement de présenter les chiffres, en raison de leur caractère moins informatif. Par ailleurs, de nombreux aphasiques étaient inaptes à passer l'épreuve de répétition des phrases.

{	SUBTESTS	{	NOMBRE DE RESUL-	{	NOMBRE	}
{		{	TATS EXPLOITABLES	{	D'APHASIQUES	}
{		{		{		}
{	CHIFFRES	{	157	{	79	}
{		{		{		}
{		{		{		}
{	MOTS	{	177	{	102	}
{		{		{		}
{		{		{		}
{	PHRASES	{	147	{	68	}
{		{		{		}

Il faut aussi souligner que notre population d'aphasiques ne correspond pas exactement à celle que l'on rencontre habituellement dans un service de neurologie.

C'est ainsi que, nous ne disposons que d'un nombre restreint de cas explorés lors de l'installation d'une aphasie de type WERNICKE, car, la plupart du temps, le test est impossible à réaliser en période aiguë. Un certain nombre de ces malades récupèrent assez vite et assez bien pour n'être pas suivis en rééducation, et échappent donc au test dichotique.

La majorité des aphasiques étudiés l'ont été au stade de la chronicité, pendant la période de rééducation orthophonique, car le test dichotique n'est pas toujours utilisable, dans les jours ou les semaines qui suivent l'admission à l'Hôpital.

Nous avons adopté, malgré ses imperfections, la classification habituelle selon la forme clinique de l'aphasie, chaque cas ayant été analysé individuellement en fonction des données de l'examen neuropsychologique. Nos malades sont répartis en 4 sous-groupes :

- aphasies mixtes,
- aphasies motrices,
- aphasies sensorielles,
- aphasies amnésiques.

I - RESULTATS GLOBAUX (3 subtests réunis)

A - ASPECT QUANTITATIF

1° - Quelle que soit la forme clinique de l'aphasie un trouble linguistique s'inscrit sur un déficit perceptif auditif :

71,5 % des aphasiques que nous avons testés présentent une extinction unilatérale franche.

a) Somme pour toute autre pathologie de l'hémisphère gauche, l'extinction controlatérale sur l'oreille droite est la plus fréquente : elle existe chez 57,5 % de nos malades.

b) Certains, beaucoup moins nombreux, ont une extinction ipsilatérale, sur l'oreille gauche (14 % des cas).

c) En dépit de la présence de troubles du langage, certains malades ont des performances normales (14,5 % des cas).

d) les performances de l'oreille gauche (ipsilatérale à la lésion) sont ici très nettement inférieures à celles des témoins.

2° - Selon la forme clinique de l'aphasie

a) Extinction controlatérale :

Comme on pouvait s'y attendre, elle s'observe avec une particulière fréquence dans les cas d'aphasie mixte (83,5 % de ces malades ont une extinction droite majeure).

On la retrouve un peu moins souvent dans les cas d'aphasie amnésique (59 %), d'aphasie sensorielle (57,5 %) et d'aphasie motrice (51 %).

b) Extinction ipsilatérale, paradoxale :

Elle concerne essentiellement le groupe des malades ayant une aphasie amnésique ou une aphasie motrice, chez lesquels elle est retrouvée respectivement dans 19 et 16 % des cas. Un peu moins fréquente au cours des aphasies de type sensoriel (12,5 %) nous ne l'avons jamais observée dans le groupe des aphasies mixtes.

c) Les aphasiques ayant des performances normales, supérieures à 70 % de réponses parfaites pour les items droits et gauches, se recrutent essentiellement au sein du groupe des aphasies motrices (23,5 %).

- leur nombre décroît ensuite nettement lors des aphasies sensorielles (13 %), et des aphasies amnésiques (7 %).

- il n'y en a aucun dans le groupe des aphasies mixtes.

B - ASPECT QUALITATIF

1° - Lorsqu'il existe une extinction sur l'oreille droite la répétition des mots présentés à l'oreille gauche se fait très souvent sur un mode paraphasique.

Ceci est d'autant plus vrai et d'autant plus accentué que l'énoncé spontané du malade était déjà paraphasique.

2° - En l'absence d'extinction, l'aphasique, plus que tout autre patient porteur d'une lésion gauche, donne des réponses imparfaites.

- comme dans le cas précédent, elles se font sur un mode paraphasique le plus souvent pour les deux messages. Parfois, à titre assez exceptionnel, ce type de réponse imparfaite s'observe sélectivement pour les items de droite ou les items de gauche.

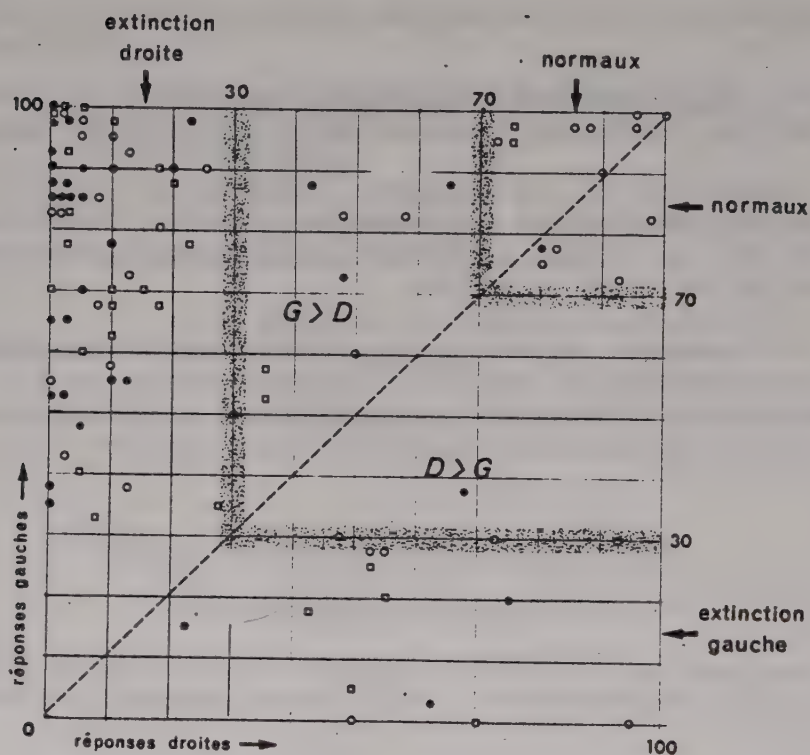
- de nombreux patients ont une difficulté ou une impossibilité à décoder le double message qui est alors restitué sous forme d'un amalgame des deux items proposés, provoquant la verbalisation de néologismes.

II - RESULTATS POUR CHACUN DES SUBTESTS (ASPECT QUANTITATIF)

Nos résultats sont exposés sous forme de tableaux, à l'exception de ceux concernant les chiffres.

	n° du tableau	Nombre de malades testés	cas d'aphasie mixte	cas d'aphasie motrice	cas d'aphasie sensorielle	cas d'aphasie amnésique
CHIFFRES		79	10	33	22	14
MOTS	5	102	20	39	29	14
PHRASES	6	68	7	30	17	14

TABLEAU n° 5 : APHASIQUES - REPETITION DES MOTS



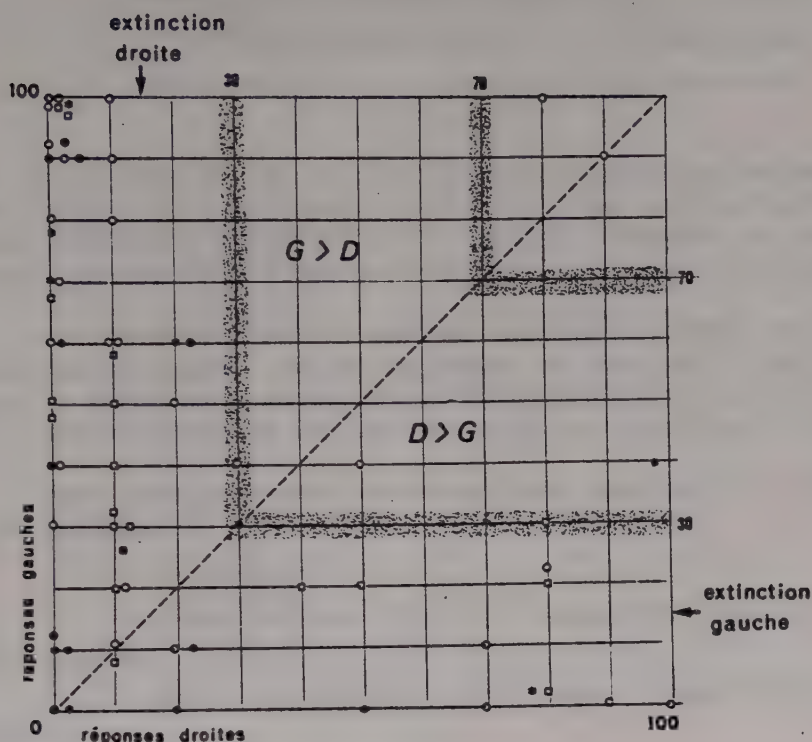
Aphasie mixte ●

Aphasie sensorielle □

Aphasie motrice ○

Aphasie amnésique ★

TABEAU n° 6 : APHASIQUES - REPETITION DES PHRASES



Aphasie mixte ●

Aphasie sensorielle □

Aphasie motrice ○

Aphasie amnésique ★

D'une manière générale, les aphasiques se comportent vis-à-vis de chacun des subtests comme l'ensemble des malades présentant une lésion gauche.

Cependant, l'épreuve de répétition des chiffres ne permet de dépister que les extinctions DROITES totales ou quasi-totales ; les performances des autres malades sont soit normales, soit intermédiaires.

. surtout, elle ne fait qu'à titre exceptionnel le diagnostic d'une extinction paradoxale.

L'épreuve de répétition des mots est, pour ces malades comme pour les autres, très sélective : les extinctions, qu'elles soient droites ou gauches, sont particulièrement évidentes. Les performances normales sont avant tout le fait des malades ayant une aphasie motrice

L'épreuve de répétition des phrases, lorsqu'elle peut être effectuée ne fait qu'accentuer la tendance à la bipolarisation. Il n'y a que deux malades ayant des scores normaux. Il s'agit encore une fois d'aphasies motrices.

Les autres présentent soit une extinction droite le plus souvent, soit plus rarement une extinction paradoxale.

CHAPITRE III

CORRÉLATION ENTRE SIÈGE DE LA LÉSION ET PERFORMANCES AU TEST DICHOTIQUE

En dehors de cas où l'on dispose de preuves anatomiques certaines (lobectomies, vérifications nécropsiques), il n'est pas toujours facile de délimiter avec précision l'étendue d'une lésion cérébrale, en particulier lorsqu'elle est consécutive à une oblitération sylvienne ou carotidienne.

La tomodensitométrie axiale transverse permet de le faire beaucoup mieux que tout autre examen. Malheureusement, du fait de l'implantation locale récente de cette technique, qui suscite l'intérêt aussi bien du clinicien que du chercheur, seule quatre de nos patients ont pu être ainsi étudiés.

Pour localiser les lésions de nos malades, nous nous sommes basés sur des critères :

- cliniques
- paracliniques (E.E.G. ; examens neuroradiologiques usuels, scintigraphie cérébrale).
- et le cas échéant, anatomiques (constatations macroscopiques per-opératoires).

I - C'est ainsi que nous avons systématisé les lésions hémisphériques droites et gauches, dans la mesure où cela a été possible.

Il faut donc prendre avec réserves les deux figures suivantes, qui résument pourtant à elles seules l'ensemble de nos constatations, et sur lesquelles sont schématisées :

- la répartition des lésions : chacune est représentée par un point marquant son centre théorique et non son étendue exacte.
- les résultats de l'écoute dichotique : ils ne tiennent compte que des performances normales (points noirs) et des extinctions franches controlatérales (points blancs).

● Test normal

extinction controlatérale ○

Fig. 1 : LESIONS DROITES

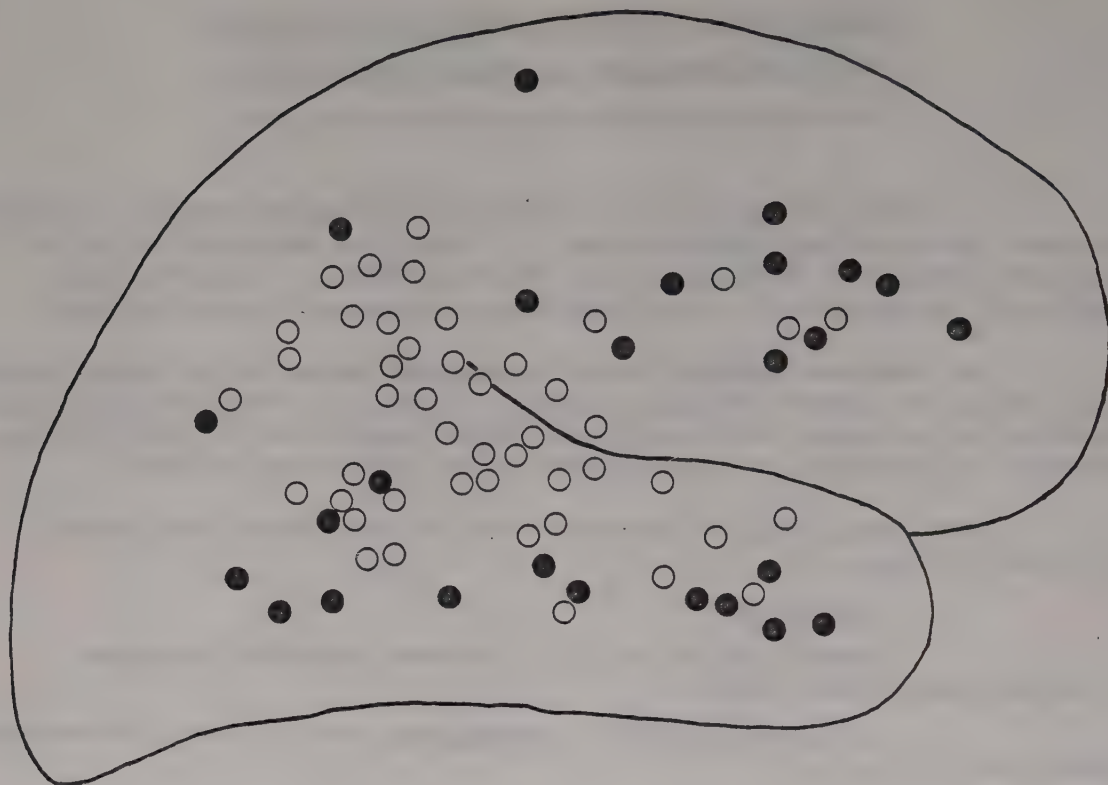
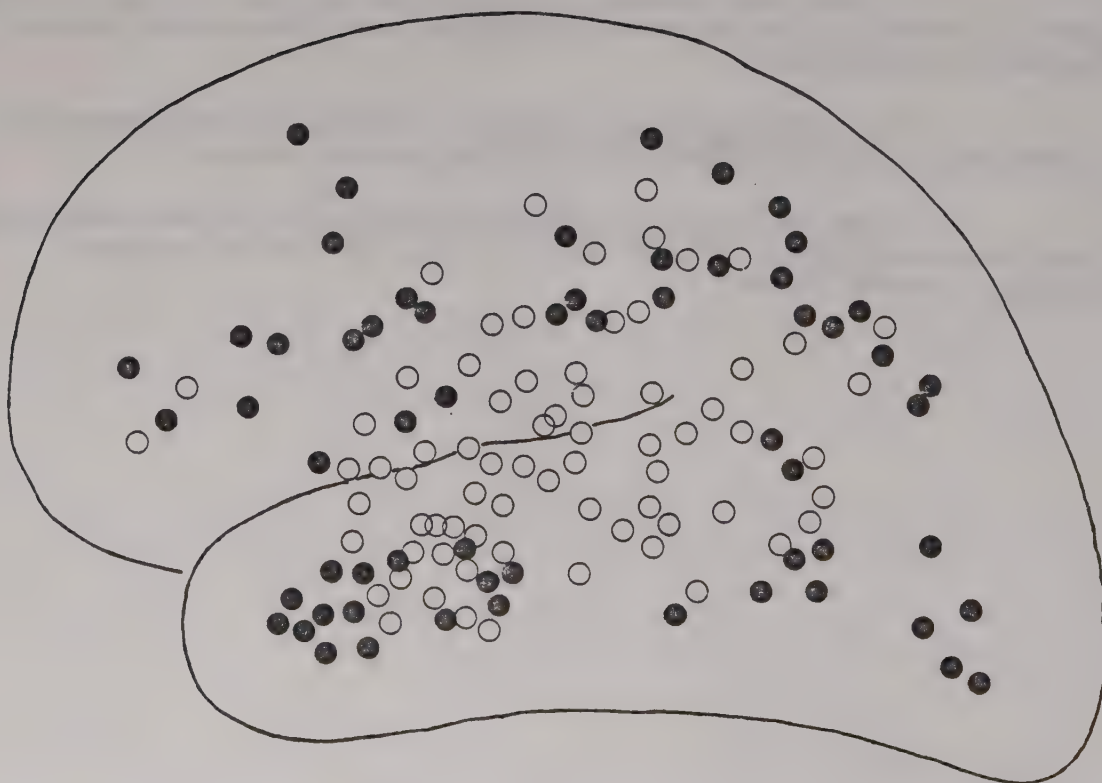


Fig. 2 : LESIONS GAUCHES



A - A DROITE COMME A GAUCHE :

1 - Les lésions qui donnent des extinctions franches controlatérales, se répartissent sur une zone étendue. Cependant, elles siègent préférentiellement au niveau :

- de la moitié postérieure du lobe temporal,
- du carrefour pariéto-temporo-occipital,
- de la région rolando-pariétale basse.

- en dépit de leur rareté, il faut insister sur le fait que les lésions sous corticales situées au niveau du carrefour sensoriel de WERNICKE à la partie postérieure de l'isthme temporal, s'accompagnent d'une extinction totale sur l'oreille opposée (observations G 9, 11, 47, et D6, 45)

2 - Celles qui laissent les performances intactes ou presque siègent au niveau :

- de la moitié antérieure du lobe temporal (nous avons du reste fréquemment rencontré des malades se comportant normalement à cette épreuve après lobectomie temporale antérieure.

- de la région frontale,

- de la région occipitale; à titre d'exemple, dans quatre cas d'hémianopsie latérale homonyme isolée sur les cinq que nous avons étudiés, le test était normal (observations D 54, 65, 94 et G 118).

- de la région pariétale haute,

- de la région interhémisphérique (lésions non représentées sur les figures) : nos 6 malades porteurs de méningiomes parasagittaux (Observations G 62, 104, 150, 161, 194, 195,) avaient des performances normales.

B - Sur les figures 1 et 2, si on compare (en fonction des résultats obtenus à l'écoute dichotique) la répartition des lésions droites et des lésions gauches, on s'aperçoit qu'elle est, en gros symétrique.

Toutefois, l'extinction controlatérale est plus fréquente au cours des lésions pariétales droites, sans doute parce que leurs homologues gauches s'accompagnent plus volontiers d'une extinction paradoxale par interruption de la voie calleuse dans la région pariétale profonde (ou plus rarement au niveau du corps calleux lui-même, comme nous l'avons rencontré au cours d'un gliome envahissant son tiers postérieur : observation G144)

II - Malgré le peu de cas observés il est raisonnable de penser que les lésions du tronc cérébral qui provoquent une extinction controlatérale au test d'écoute dichotique, ont toutes chances de siéger de part et d'autre de la ligne médiane, sur l'un ou l'autre des tubercules quadrijumeaux postérieurs (ou sur le brachium du colliculus inférieur qui se rend au noyau genouillé médian).

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE L'ENREGISTREMENT DES POTENTIELS ÉVOQUÉS ACOUSTIQUES

CONFRONTATION AVEC LES RESULTATS DU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE

Les potentiels évoqués acoustiques, recueillis par montage coronal, avec électrode de référence nasale, ont été enregistrés chez 80 de nos patients, le plus souvent après que le test dichotique ait montré une extinction unilatérale majeure.

Notre étude porte sur :

- 23 cas de lésion de l'hémisphère droit,
- 54 cas de lésion de l'hémisphère gauche,
- 2 cas de lésion hémisphérique bilatérale,
- 1 cas de lésion du tronc cérébral.

A - LESIONS DE L'HEMISPHERE DROIT :

1 - Dans le seul cas où leur enregistrement a été effectué alors que le test dichotique était normal, les P.E.A. sont parfaitement symétriques (Obs. D18).

2 - Chez tous les autres malades, le test dichotique montrait une extinction gauche hautement significative :

a) les P.E.A. ont une amplitude faible (obs. D17), ou sont totalement abolis face au lobe temporal droit alors qu'ils ont une morphologie normale du côté gauche (obs. D1, 6, 14, 21, 22, 23), dans 7 cas.

b) La couronne des P.E.A. est normale et symétrique dans 13 cas (D2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 19)

3 - Dans 2 cas (obs. D10, 20) le tracé est ininterprétable.

B - LESIONS DE L'HEMISPHERE GAUCHE :

1 - Nous retrouvons ici un cas où les P.E.A. sont normaux, comme les performances au test dichotique (obs. G1).

2 - Dans 26 cas (obs. G3, 5, 9, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 35, 37, 39, 40, 42, 44, 45, 47, 49, 51, 52). Les P.E.A. sont anormaux face au lobe temporal gauche, alors que leur morphologie est normale du côté droit.

a) Une fois l'asymétrie est discrète, chez un malade n'ayant qu'une extinction droite modérée au test dichotique (obs. G3)

b) 22 fois, l'asymétrie ou l'abolition des P.E.A. va de pair avec une extinction totale ou quasi-totale sur l'oreille droite au test dichotique (fig. 1)

c) Dans les 3 autres cas, le test dichotique n'a pu être réalisé (obs. G 20, 29, 52)

3 - Chez un malade (obs. G2) présentant une lésion traumatique du lobe temporal gauche, le test dichotique a révélé une extinction sur l'oreille gauche.

Les P.E.A. sont anormaux, mais face au lobe temporal DROIT seulement, ce qui plaide en faveur de l'existence d'une lésion temporale droite passée inaperçue cliniquement.

4 - La couronne des P.E.A. est normale et symétrique dans 20 cas sur 54.

a) La plupart de ces malades avaient une extinction sur l'oreille droite au test dichotique (Obs. G4, 6, 7, 8, 14, 16, 18, 24, 28, 34, 36, 38, 41, 43, 48, 50) (Fig. 2)

b) 4 d'entre eux présentaient une extinction paradoxale sur l'oreille gauche (obs. G22, 30, 32, 46).

5 - Dans deux cas (obs. G11, 33), avec extinction droite totale au test dichotique, le tracé est ininterprétable.

Fig. n° 1 : POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES FACE AU
LOBE TEMPORAL GAUCHE (calibration 100 m.sec
5 micro-volts).

Moyenne des résultats enregistrés chez 9 de nos malades porteurs
de lésion gauche (obs. G12, 19, 23, 25, 26, 27, 45, 49, 51)

Les P.E.A. sont anormaux au niveau des dérivations temporo-
pariétales gauches. Sur le vertex, sur les dérivations droites, les réponses
ont un aspect normal.

On remarque de plus que les potentiels droits sont plus amples
lorsqu'on stimule l'oreille gauche.

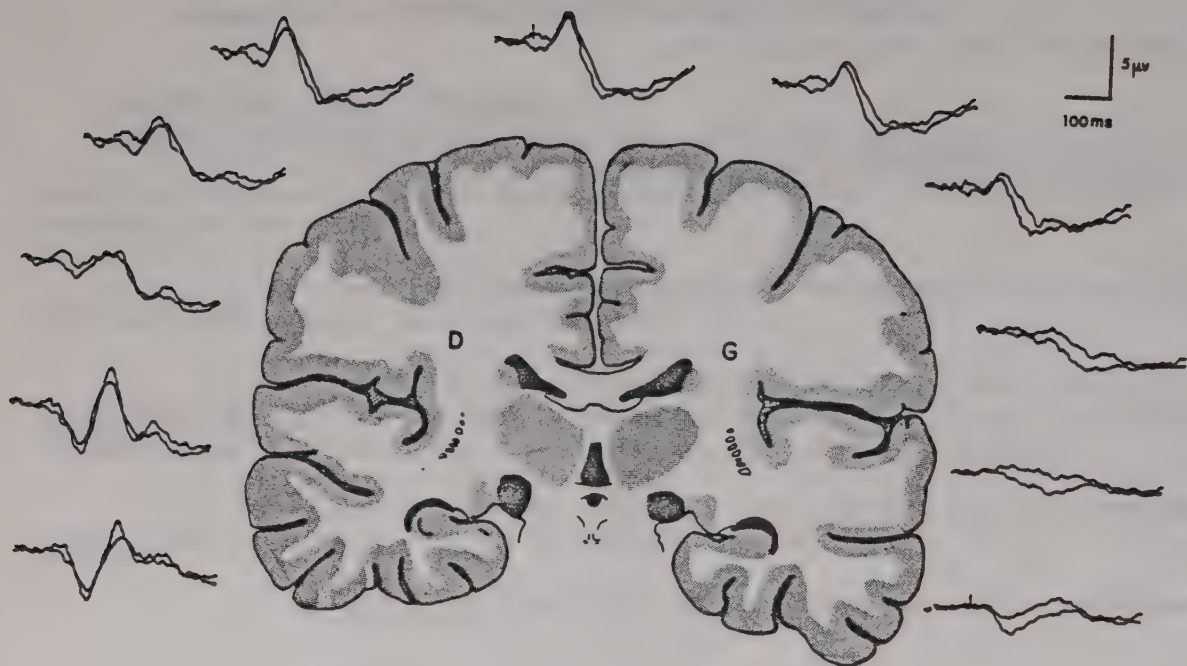
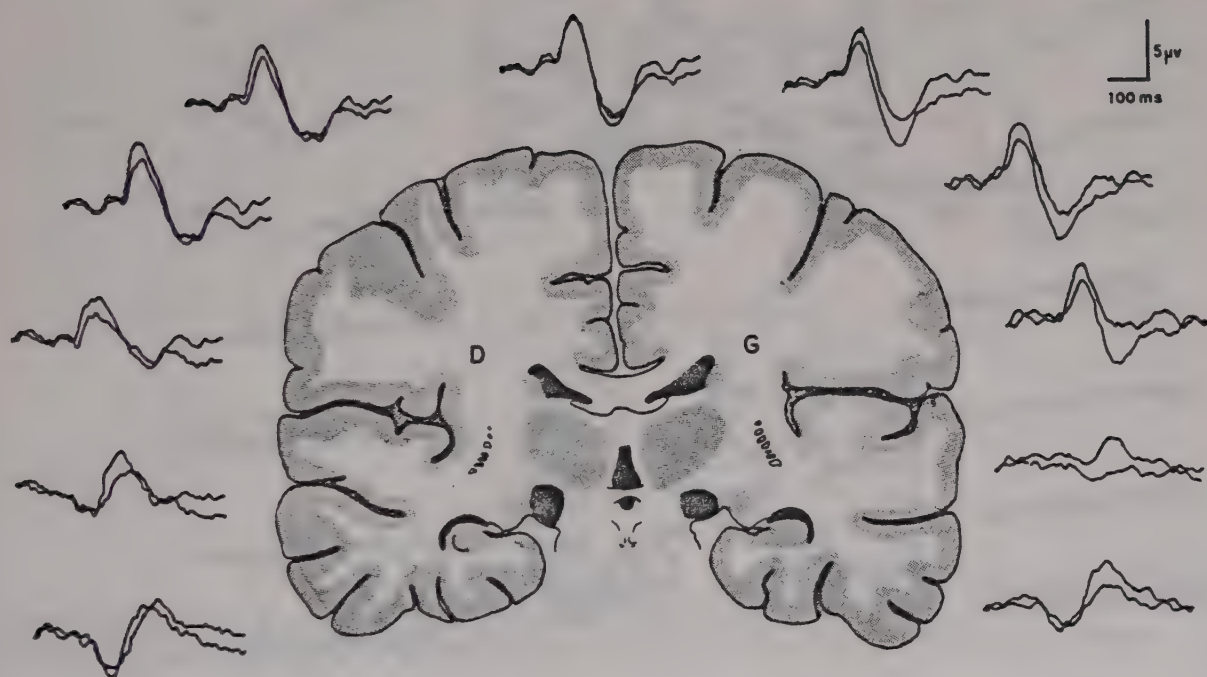


Fig. n° 2 : MOYENNE DES RESULTATS OBTENUS CHEZ 9 DE NOS
MALADES AYANT UNE COURONNE DE P.E.A. D'ASPECT
NORMAL, malgré la présence d'une lésion gauche.

Ce moyennage ne fait pas apparaître d'asymétrie (qui aurait
pu passer inaperçue si l'on s'était contenté d'examiner les résultats individuels.)

Ici encore, l'amplitude des réponses est plus grande quand
la stimulation affectue l'oreille controlatérale.



C - LESIONS HEMISPHERIQUES BILATERALES

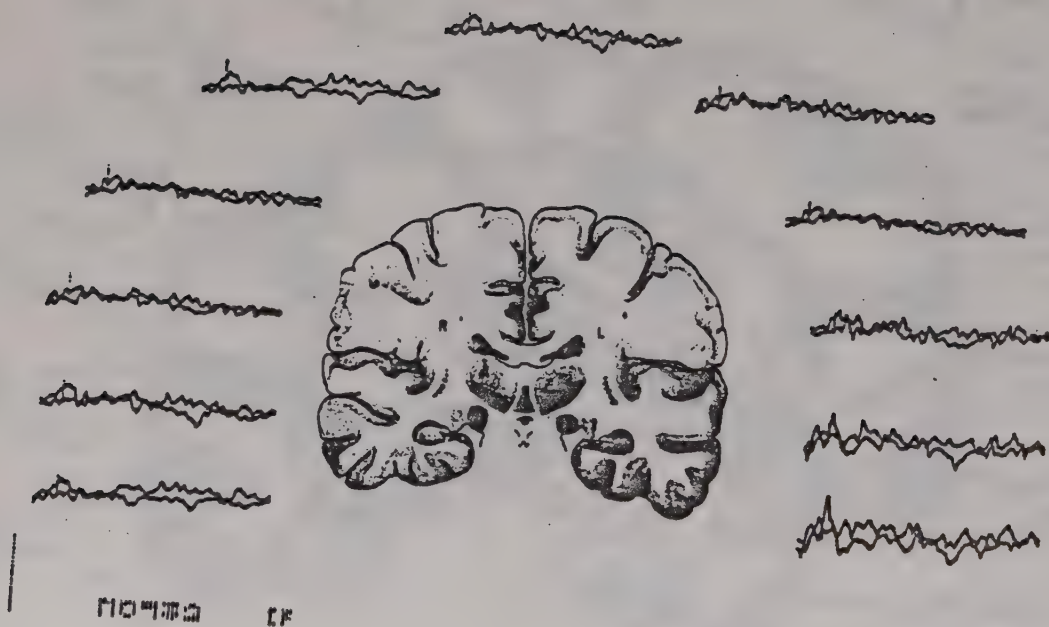
Deux cas ont été étudiés : Pour chacun d'eux, les P.E.A. sont abolis face aux deux hémisphères.

1 - L'un (observation Bi 5) présentait une surdité corticale avec élément dominant de surdité verbale. Le test dichotique n'a pu être effectué qu'après trois ans d'évolution : les performances sont globalement médiocres.

2 - L'autre (observation B 6) présentait une surdité corticale pure : il n'a pu être soumis au test dichotique.

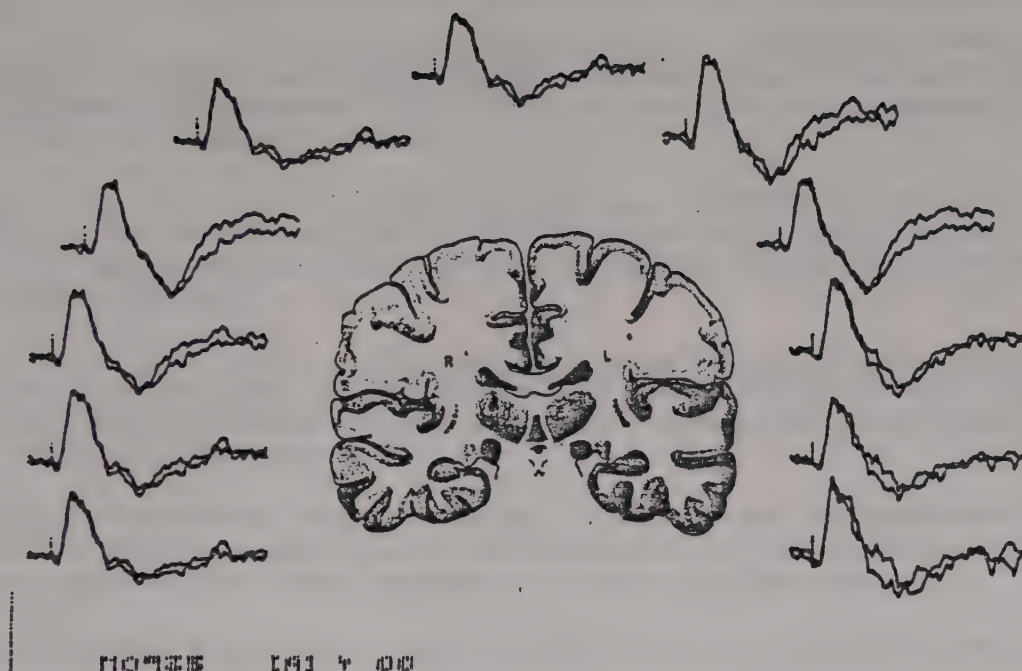
Chez lui, si par deux fois on n'a pu recueillir de réponse évoquée acoustique, (Fig. n° 3) sur un montage coronal, par contre sur ce même montage on a recueilli très facilement des potentiels évoqués visuels. (Fig. n° 4)

Fig. n° 3



5/5/77 1 KHz 90 dB Oreille droite et oreille gauche

Fig. n° 4



5/5/77 Flash

D - Le seul cas de lésion du tronc cérébral étudié, pour lequel nous ne disposons pas de vérification anatomique présentait une extinction sur l'oreille gauche au test dichotique alors que les P.E.A. étaient normaux.

CHAPITRE V

DISCUSSION

I - TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE

A - Nos résultats sont conformes à ceux de la littérature :

1 - Dans la plupart des cas, l'extinction révélée par l'écoute dichotique est CONTROLATERALE à la lésion, que cette dernière siège au niveau d'un hémisphère cérébral ou au niveau du tronc cérébral, comme l'avait fait remarquer BERLIN.

2 - Il arrive parfois que l'extinction affecte l'oreille IPSILATERALE à la lésion. Ce type de déficit, qualifié de PARADOXAL par GESCHWIND s'observe de façon assez sélective au cours des lésions profondes de l'hémisphère gauche.

3 - Si les performances de l'oreille ipsilatérale ne sont pas modifiées par les lésions hémisphériques droites, elles le sont par contre, dans de nombreux cas de lésions de l'hémisphère gauche. Deux facteurs semblent intervenir :

a) l'aphasie, fréquemment observée ici qui, soit provoque une altération de la répétition du seul message perçu en cas d'extinction controlatérale, soit perturbe le décodage du double message, en l'absence d'extinction.

b) l'existence d'indiscutables extinctions sélectives sur l'oreille gauche

B - Par rapport aux publications antérieures, notre travail apporte certains éléments originaux.

1 - L'utilisation de trois subtests n'est pas sans intérêt :

Il est clair que chacun d'eux n'a pas la même valeur : quelque soit le type de lésion, il apparaît sans équivoque que la difficulté va croissant des chiffres aux mots et des mots aux phrases.

a) se contenter de la présentation de chiffres, c'est accepter de ne s'intéresser qu'aux déficits massifs, retrouvés d'ailleurs de la même manière avec les deux autres types d'items. C'est donc négliger les cas, bien plus fréquents, où, bien qu'étant moins important, le déficit n'en n'existe pas moins.

b) Indépendamment du siège de la lésion et du type d'extinction, qu'elle soit ipsi ou controlatérale, la répétition des phrases est l'épreuve la plus sélective, qui accentue, ou parfois révèle le déficit perceptif. Mais c'est aussi la plus difficile : elle nécessite de bonnes facultés de discrimination et une particulière coopération, parfois mal obtenue chez un sujet normal. Elle ne peut donc être utilisée systématiquement, en particulier chez l'aphasique.

c) La répétition écholalique des paires de mots est donc le subtest le plus fidèle parce qu'utilisable et fiable pour tous les cas où l'écoute dichotique peut être réalisée.

2 - Notre série est, de loin, la plus importante parmi celles publiées à ce jour.

3 - Il nous a paru utile de confronter l'ensemble des données anatomo-cliniques dont nous disposons, afin d'apprécier les résultats du test dichotique non plus seulement en fonction de la latéralisation droite ou gauche de la lésion, mais en fonction de son siège.

4 - Nous nous sommes intéressés aux cas de lésion de l'hémisphère gauche, s'accompagnant d'une extinction sur l'oreille ipsilatérale.

a) nous retrouvons une proportion d'extinctions ipsilatérales sensiblement égale à celle publiée par SPARKS et Coll.

b) Il s'agit habituellement de malades dont la lésion siège en profondeur dans la région rolando-pariétale.

c) L'étiologie des lésions causales est avant tout vasculaire, et plus rarement tumorale. Contrairement aux affirmations de SHANK et RYAN, une extinction paradoxale peut accompagner une lésion traumatique : nous en avons observé trois cas.

d) A titre exceptionnel, la mise en évidence d'une extinction sur l'oreille gauche, qui habituellement fait suspecter une interruption de la voie calleuse, peut avoir une toute autre signification et permettre d'attirer l'attention vers une possible lésion droite passée inaperçue cliniquement. Bien que nous ne disposions pas d'arguments anatomiques, nous pensons qu'il ne s'agit pas que d'une simple hypothèse. Si dans 4 cas (obs. G58, 71, 78, 96) nous n'avons que des présomptions, dans un cas (obs. G2), nous avons la quasi-certitude de la réalité de ce que nous avançons, grâce aux données de l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques.

Comme, à l'évidence l'extinction gauche du test dichotique n'est pas paradoxale, on pourrait dans ce cas précis, parler d' "extinction pseudo-paradoxale".

C - VALEUR DU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE

Découvrir une extinction, même modérée, au test dichotique, c'est disposer d'un élément clinique traduisant la présence d'une lésion organique. Un tel déficit n'est jamais rencontré chez un sujet sain, ou chez un malade présentant des troubles névrotiques. Tous ceux que nous avons examinés, et qui sortent bien sûr du cadre de ce travail, ont des performances normales ou globalement médiocres, sans asymétrie (de la même manière que la campimétrie peut objectiver dans le cadre de cette pathologie, un rétrécissement concentrique du champ visuel).

1 - Le test dichotique est un élément de valeur lors de la détection d'un trouble de l'audition centrale :

a) Il n'est que rarement mis en défaut. Dans notre statistique, moins de 1 % des résultats sont ininterprétables, soit parce que les malades donnent des réponses incohérentes (exemple : observation G140) soit parce que nous manquons de documents anatomiques. Comment expliquer, en effet une extinction modérée sur l'oreille ipsilatérale chez un patient dont la lésion, hémisphérique droite ne se traduit cliniquement que par une hémianopsie latérale homonyme gauche ? (obs. D36).

b) Habituellement, rien dans la symptomatologie n'oriente vers un possible déficit perceptif auditif, en raison de la double afférentation de chaque hémisphère.

- Le test dichotique est parfois plus sensible que la clinique : chez un de nos malades n'ayant présenté qu'un bref malaise au cours duquel il avait émis quelques paraphasies, il a révélé une nette extinction controlatérale au foyer d'hyperfixation objectivé par la scintigraphie cérébrale, situé en pleine zone de Heschl (obs. G 181).

Il en va de même pour certaines lésions temporales droites qui restent longtemps a ou pauci-symptomatiques. Le test dichotique a ici un intérêt non négligeable.

- Chez les patients qui présentent des signes neurologiques déficitaires permettant de localiser à coup sûr la lésion au niveau d'un des lobes temporaux, le test dichotique n'est que rarement décevant. Ses résultats s'accordent habituellement avec la clinique.

C'est le cas notamment au cours de la pathologie carotidienne ou sylvienne : sur les 87 cas étudiés, les 73 comportant une riche séméiologie avaient des performances très asymétriques. A l'opposé, dans les 14 cas où le test était normal les symptômes avaient été rapidement régressifs.

c) Parfois les symptômes permettent de suspecter l'existence d'une atteinte auditive centrale :

- lors des hallucinations organiques, il n'y a pas forcément de corrélation entre production hallucinatoire auditive et déficit perceptif, que nous n'avons retrouvé que dans trois cas sur six (test normal : obs. G170, G 195, D46 ; extinction controlatérale : obs. G 153, D63, D81).

- Certains patients ont le sentiment de présenter une baisse unilatérale de l'acuité auditive, démentie par l'audiométrie, installée en même temps que les autres symptômes, s'accompagnant parfois d'une hyperpathie aux sons de parole.

Ce déficit pseudo-périphérique, controlatéral à la lésion, va de pair avec une extinction franche au test dichotique (et avec une abolition des potentiels évoqués acoustiques, lorsque leur enregistrement a pu être effectué).

Par convention, nous appelons dans le service ce symptôme méconnu "signe de l'oreille".

Nous l'avons rencontré 12 fois (6 cas de lésion gauche : observations G11, 18, 23, 38, 47, 153. - 6 cas de lésion droite : observations D 6, 9, 34, 45, 63, 70). Dans un tiers des cas, il s'agissait de malades présentant un syndrome de l'isthme temporal.

Il est possible que le brouhaha, les conversations à plusieurs qui reproduisent un peu la situation d'écoute dichotique expérimentale, en favorisent l'apparition.

2 - Le test dichotique est aussi un moyen de suivre l'évolution clinique :

a) Selon le siège de la lésion, une extinction peut ne traduire qu'une souffrance transitoire des aires auditives et être totalement régressive : c'est ce que nous avons vu au cours de trois cas de lésion gauche (G 81, 169, 172) et de deux cas de lésion droite (D62, 96).

Sans entrer dans le détail, on peut, par exemple citer le cas de D96 où l'extinction gauche constatée avant l'intervention a disparu après évacuation d'un hématome sous-dural.

Il est certain que si le test dichotique avait été pratiqué à intervalles réguliers chez certains patients, nous aurions pu rapporter un nombre plus important de cas d'extinction transitoire.

b) A l'opposé, il arrive que l'extinction persiste à titre séquellaire, isolée (D40, G77, G44) ou associée à d'autres déficits, des années après l'accident initial (observations G11, 15, 23, 26, 34, 37, 42, 43, 63, 113, 146, 147, 188, 198, D14).

c) Il existe des cas intermédiaires où l'amélioration des performances dichotiques n'est que partielle. Elle se fait au prix d'une baisse sensible des performances de l'oreille ipsilatérale, peut être parce que les malades portent une attention particulière à l'oreille "la plus faible", au détriment de l'oreille "la plus forte" (obs. G49, 80, 128).

3 - Le test dichotique a, dans certains cas, valeur de signe de latéralisation lésionnelle.

a) La découverte d'une EXTINCTION DROITE évoque avant tout la présence d'une lésion hémisphérique GAUCHE, même si elle peut se voir dans la pathologie du tronc cérébral .

b) La découverte d'une EXTINCTION GAUCHE pose un problème d'interprétation plus délicat :

- elle est surtout évocatrice d'une lésion DROITE,
là encore plus volontiers hémisphérique que mésencéphalique.

- depuis les travaux effectués chez les sujets ayant subi une commissurotomie, on sait que l'extinction gauche (chez le droitier) peut traduire l'existence d'une lésion CALLEUSE. Nous n'avons pas, dans nos observations de cas anatomiques, mais une telle lésion a été suspectée plusieurs fois

(Obs. D25, 57, 79) ; peut être le seul cas d'extinction paradoxale franche observé chez un gaucher présentant un gliome frontal droit envahissant le corps calleux, est-il une image en miroir de ce qu'on a l'habitude de voir chez le droitier (obs. D44) ?

On sait la rareté et la difficulté d'appréciation en clinique courante des signes de disconnexion calleuse : le test dichotique est donc précieux lorsque la clinique apporte des éléments de présomption.

Enfin, il est toujours aussi difficile de savoir quelle partie du corps calleux participe au transfert acoustique interhémisphérique : sur nos 4 cas d'oblitération de l'artère cérébrale postérieure gauche, 2 présentaient des signes de disconnexion. L'un (G85) avait une extinction sur l'oreille gauche ; l'autre (G33, observation anatomique) en dépit d'un ramollissement du splénium, avait une extinction droite causée par une lésion des radiations acoustiques.

Les deux autres (G70 et 79), ramollissement partiel avaient un test dichotique normal.

- l'extinction gauche peut aussi être la conséquence d'une lésion profonde interrompant la voie calleuse lorsqu'elle pénètre dans l'hémisphère gauche.

4 - S'il n'a pas de valeur topographique, le test dichotique a au moins une certaine valeur localisatrice.

Nous avons vu sur nos relevés topographiques des lésions droites et gauches que les cas d'extinction recouvrent une région assez large, à cheval sur le carrefour pariéto-temporo-occipital.

Le déficit constaté ne correspond donc pas obligatoirement à un trouble sensoriel primaire ; il peut s'agir plus banalement, d'un défaut d'intégration.

II - POUR AFFIRMER NOTRE COMPREHENSION DES TROUBLES AUDITIFS CENTRAUX, NOUS NOUS SOMMES Tournés VERS LE RECUEIL DE L'ACTIVITE EVOQUEE.

A - Les potentiels évoqués acoustiques enregistrés sur le cuir chevelu ont été longtemps considérés comme des réponses peu spécifiques, non représentatives de celles obtenues par méthode électrocorticographique.

1 - Pourtant, l'enregistrement sur un montage coronal chez des sujets normaux décelait une inversion de polarité au niveau des deux scissures sylviennes, faisant supposer que le dipôle générateur siégeait dans cette région. Certains se sont demandés si cet aspect n'était pas, en fait, lié au choix de l'électrode de référence nasale.

2 - La transposition de cette technique chez des malades porteurs de lésions hémisphériques, en particulier au niveau du lobe temporal, permet de progresser dans la connaissance de l'électrogénèse des P.E.A.

Nous allons donc analyser les cas qui peuvent se présenter :

a) Lorsque le test dichotique est normal, la couronne des P.E.A. l'est également

b) Les potentiels évoqués acoustiques peuvent être normaux, alors que le test dichotique objective une extinction :

- en cas d'extinction controlatérale à la lésion la vérification anatomique effectuée chez un de nos patients (G36) a montré l'intégrité des voies acoustiques et de la zone de HESCHL.

Dans un autre cas (G14) l'étude tomodensitométrique nous a permis, avant le geste opératoire, de comprendre les raisons de cette apparente discordance entre TD et P.E.A. : il s'agissait d'une néoformation siégeant non pas en plein lobe temporal, mais dans la région temporo-insulaire antérieure.

En cas d'extinction ipsilatérale, dont on connaît la signification (la lésion laisse intacte la zone de Heschl) les P.E.A. ont toujours été normaux, comme on pouvait s'y attendre.

c) Lorsque les potentiels évoqués acoustiques sont abolis, le test dichotique révèle toujours une extinction controlatérale (à condition qu'il puisse être pratiqué)

Nous n'avons pas d'observation anatomique, mais certains cas cliniques sont très démonstratifs :

- un patient (obs. G49) a présenté une surdité corticale transitoire par lésion unilatérale gauche située en pleine aire auditive, comme en témoigne l'image donnée par le scanner.

- un autre patient (obs. bi6) présentait une symptomatologie identique, mais durable, par lésion bitemporale dont nous avons la preuve objective (scanner) : il s'agit d'un des deux cas où les P.E.A. sont abolis face aux deux hémisphères.

- dans tous les cas de ramollissement étendu du territoire sylvien où leur enregistrement a pu être réalisé (G12, 13, 23, 25, 26, 27, 45, D1, 22) les P.E.A. sont abolis face au lobe temporal lésé, et normaux sur l'hémisphère sain.

- enfin, dans les rares observations de syndrome de l'isthme temporal (G9, 47, D6) les P.E.A. sont, conformément à la logique, abolis du côté de la lésion.

3 - Si l'électrode de référence nasale jouait un rôle quelconque, l'inversion de phase se retrouverait face aux deux vallées sylviennes, même chez les sujets malades ayant des P.E.A asymétriques ce qui n'est pas le cas. Ceci confirme qu'il s'agit d'une référence valable.

4 - L'enregistrement des P.E.A. donne des réponses reproductibles : dans tous les cas testés à plusieurs reprises (G23, 49, bi 6) leur aspect n'a pas varié d'un examen à l'autre.

Tout ceci plaide en faveur d'une origine corticale principale des P.E.A.

Un hémisphère peut donc être rendu sourd par une lésion siégeant en particulier au niveau des circonvolutions de HESCHL ou au niveau du cortex sensoriel de WERNICKE, sur la voie géniculotemporelle.

B - L'HEMIANACOUSIE est ainsi définie. Ce terme doit être exclusivement réservé aux seuls cas où les réponses évoquées acoustiques sont anormales face à un hémisphère et où on est certain de l'existence d'un déficit sensoriel primaire.

La présence d'une hémianacousie doit être un des éléments du diagnostic positif du syndrome de l'isthme temporal, au même titre que l'hémiplégie, l'hémiypoesthésie, et l'hémianopsie.

C - Il convient toutefois d'être prudent : nous ne décelons avec l'asymétrie des P.E.A. que les cas où les lésions sont soit très bien placées, soit très larges. De même que toutes les hémianopsies ne sont pas complètes, franches, et stables, les hémianacousies doivent pouvoir être partielles, dépendre du mode de stimulation (intensité, hauteur, modulation), et varier dans le temps.

Nous en sommes donc au début de ce type d'exploration, d'autant que la technique est en voie d'amélioration grâce à l'enregistrement du potentiel continu, qui accompagne la réception des sons au niveau cortical et qui doit être comparé à la Contingent Negative Variation.

III - INTERET DU TEST DICHOTIQUE ET DE L'ENREGISTREMENT DES POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES CHEZ L'APHASIQUE

A - Nous venons de voir que certains malades sont susceptibles de n'avoir qu'un trouble de l'intégration auditive, sans altération de la réception primaire, alors que d'autres ont une hémianacousie (ce qui n'exclue pas que des troubles du décodage, puissent s'ajouter au déficit sensoriel).

Si on admet que nous avons fait la preuve qu'un hémisphère pouvait être sourd (ce que nous disent les P.E.A.) et pas seulement "agnosique" (ce que nous suggère le test dichotique), on voit mal comment ne pas tenir compte de ce symptôme dans l'analyse des troubles du langage.

il apparaît déjà que certains aphasiques ne présentent pas de surdité verbale parce qu'ils écoutent leur hémisphère droit, ce qui nécessite l'intégrité des voies associatives. La problématique calleuse doit donc intervenir dans l'analyse des déficits, linguistique et/ou auditif.

B - L'apport des données du test dichotique et des potentiels évoqués acoustiques nous permet de proposer un classement des divers syndromes lésionnels comportant une atteinte auditive centrale et/ou linguistique sur un mode à la fois plus fonctionnel (l'hémisphère est-il sourd ou non ?) et dans une certaine mesure, plus anatomique (les circonvolutions de Heschl sont-elles respectées ou non ?).

Celui-ci reprend pour l'essentiel les données classiques, mais les contredit ou les complète sur certains points.

Il s'agit bien sûr de modèles de travail, car nous n'avons pas suffisamment de cas anatomo-cliniques pour permettre une démonstration rigoureuse de la validité des hypothèses que nous avançons.

1 - ANARTHRIE :

- le test dichotique est normal.
- les potentiels évoqués acoustiques sont normaux.

Comme il est classique, il n'y a pas d'atteinte sensorielle.

2 - APHASIE D'EXPRESSION :

- le test dichotique objective quelquefois une extinction droite modérée ou plus rarement une extinction paradoxale.

- les potentiels évoqués acoustiques sont en règle normaux.

Comme dans le cas précédent, nous ne remettons pas en cause les données classiques, cependant, en écoute dichotique, les messages droits sont moins "disponibles" que les messages gauches, pour une répétition écholalique.

3 - APHASIE MIXTE :

- le test dichotique objective une extinction droite.
- les potentiels évoqués acoustiques sont souvent anormaux face au lobe temporal gauche.

Il n'est pas étonnant que, sous-jacent au déficit linguistique d'expression et de réception, il y ait un déficit sensoriel primaire.

4 - HEMIANACOUSIE DROITE PURE :

- le test dichotique révèle une extinction droite.
- les potentiels évoqués acoustiques sont abolis face au lobe temporal gauche.

Ceci s'observe chez certains malades qui ont présenté une aphasie rapidement et totalement régressive, mais qui conservent un déficit sensoriel

primaire séquellaire (comme peut persister une hémianopsie isolée).

5 - SURDITE CORTICALE (et/ou AGNOSIE AUDITIVE) :

- le test dichotique est impossible à réaliser.
- les potentiels évoqués acoustiques sont anormaux face aux deux hémisphères.

Ceci s'observe chez des malades qui ont souvent présenté des troubles transitoires du langage, du fait de la proximité de la zone de Wernicke.

6 - SURDITE VERBALE :

- le test dichotique est impossible ou difficile à réaliser.
- les potentiels évoqués acoustiques peuvent être :
 - . normaux à droite et à gauche : la lésion empêche les zones de Heschl droite et gauche d'afférenter l'aire de Wernicke. Il y a donc une disconnexion à la fois inter et intra-hémisphérique.
 - . normaux à droite mais anormaux à gauche. Dans ce cas :
 - * soit la lésion de l'aire auditive primaire gauche déborde en profondeur et interrompt la voie associative inter-hémisphérique :
 - * soit il s'y associe une seconde lésion sur la voie inter-hémisphérique (celle-ci pouvant être sous-corticale droite, calleuse, ou sous-corticale gauche). Il s'agit alors d'une disconnexion inter-hémisphérique.

7 - APHASIE DE WERNICKE - VERSANT SENSORIEL :

- le test dichotique objective une extinction droite.
- les potentiels évoqués acoustiques sont abolis face à l'hémisphère gauche.

Il s'agit de la véritable aphasie sensorielle.

8 - APHASIE DE WERNICKE - VERSANT LINGUISTIQUE :

- le test dichotique objective soit une extinction droite, soit une difficulté de décodage du double message (amalgame des deux items).

- les potentiels évoqués acoustiques sont normaux.

Il s'agit d'un trouble du décodage ; on peut difficilement parler d'aphasie sensorielle ou d'aphasie de réception.

9 - APHASIE DE CONDUCTION :

- le test dichotique, en dehors d'une extinction droite, provoque volontiers des réponses paraphasiques.

- ÷ les potentiels évoqués acoustiques sont normaux.

10 - ALEXIE et AGRAPHIE :

- le test dichotique révèle soit une extinction droite, soit une extinction paradoxale.

→ les potentiels évoqués acoustiques sont normaux.

11 - "APHASIE" de l'HEMISPHERE DROIT CHEZ UN DROITIER

(on peut(et on doit) faire l'hypothèse que certains sujets chez lesquels le test dichotique objective une extinction alors que les P.E.A. sont normaux, peuvent avoir un déficit du décodage linguistique par lésion droite au niveau de l'équivalent fonctionnel et anatomique de la zone de WERNICKE.)

2. Rappelons encore une fois l'aspect théorique de nos propositions car en pathologie, on n'assiste qu'à titre exceptionnel à une séparation aussi nette des formes cliniques.

Cependant, ce mode de raisonnement peut être utile au moment de l'analyse de certains cas particuliers.

IV - MALGRE LA SOMME DES TRAVAUX EFFECTUES certains problèmes restent bien sûr en suspend :

- on ne sait pas dans quelle partie du corps calleux transitent les voies associatives servant au transfert droite-gauche, les informations reçues par le canal de l'oreille gauche.

- on ne sait pas non plus, avec exactitude, où elles aboutissent au niveau de l'hémisphère gauche. Selon le modèle de SPARKS et Coll. les informations données au lobe temporal gauche par le lobe temporal droit passent par la zone de HESCHL gauche avant d'arriver à la zone de WERNICKE .

Si on admet cette hypothèse, on comprend mal qu'une lésion située au niveau des aires auditives primaires de l'hémisphère gauche (interdisant dans ces conditions la réception puis la verbalisation des deux messages présentés au test dichotique) ne se traduise que par une extinction droite et non par une extinction bilatérale.

Il se peut qu'une partie du matériel fourni par l'hémisphère droit arrive directement à la zone de BROCA, du moins lors de l'épreuve de répétition écholalique.

- on ne sait pas enfin, sous quelle forme, acoustique ou déjà linguistique, s'effectue le transfert de ces informations.

L'imprécision anatomique est l'un des défauts de notre travail : nous attendons beaucoup de la tomодensitométrie tant dans la démarche diagnostique habituelle qui consiste à aller du symptôme à la lésion que dans la démarche inverse qui consiste, en partant de la lésion, à chercher quels symptômes devraient exister.

Le test dichotique et l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques ont donc encore un bel avenir en perspective.

C O N C L U S I O N S

Sur 314 patients non sélectionnés, porteurs pour la plupart de lésions unilatérales droites ou gauches, 306 ont été soumis à un test d'écoute dichotique n'utilisant que du matériel verbal, comportant en règle générale trois subtests (chiffres, mots, phrases).

1° - L'ensemble de nos résultats, qui tient compte de la quantité et de la qualité des réponses, corrobore les données antérieures :

- lorsqu'il existe, le déficit de l'audition centrale, engendré par une lésion droite ou gauche, se manifeste habituellement par une diminution ou une abolition des performances de l'oreille controlatérale.

- dans un nombre restreint de cas de lésions hémisphériques gauches, l'extinction apparaît sur l'oreille ipsilatérale.

. le plus souvent une telle constatation permet de soupçonner une interruption des voies associatives interhémisphériques dans leur portion intrahémisphérique gauche, à la sortie du corps calleux. L'extinction est dite PARADOXALE.

. plus rarement, elle permet d'attirer l'attention vers une possible lésion droite passée inaperçue cliniquement. Lorsque cette hypothèse se vérifie, nous proposons de qualifier l'extinction observée de "PSEUDO-PARADOXALE".

2° - L'étude des résultats obtenus après présentation successive de paires de chiffres, de mots et de phrases, montre que chacun des trois subtests n'a pas toujours la même valeur :

. lorsque le déficit est majeur : l'extinction porte de la même manière sur les trois types d'items.

. lorsque le déficit est modéré :

* la répétition écholalique des chiffres qui constitue la tâche la plus simple ne fait pas apparaître souvent d'asymétrie franche et ne suffit pas à elle seule à dépister une atteinte centrale de l'audition.

* dans un certain nombre de cas de lésions droites comme de lésions gauches, le déficit est accentué ou révélé par une nette asymétrie des performances lors de la répétition des phrases, qui s'avère donc être l'épreuve la plus sélective, mais aussi la plus difficile nécessitant outre de bonnes facultés de discrimination, une particulière coopération.

* parmi les sous-épreuves proposées, la répétition des mots est celle qui est la plus fidèle pour l'ensemble des cas étudiés.

3° - L'étude systématique de la topographie lésionnelle, et des résultats de l'écoute dichotique, nous permet d'établir une corrélation anatomo-clinique :

- les lésions qui laissent intactes ou presque les performances au test dichotique siègent au niveau :

- . de la moitié antérieure du lobe temporal,
- . de la région frontale,
- . de la région occipitale,
- . de la région pariétale haute.

- les lésions qui donnent des extinctions franches siègent au niveau :

- . de la moitié postérieure du lobe temporal,
- . du carrefour pariéto-temporo-occipital,
- . de la région rolando-pariétale basse.

4° - 12 malades (répartis en 6 lésions droites et 6 lésions gauches) qui, dans un tiers des cas présentaient une atteinte siégeant au niveau du carrefour sensoriel de WERNICKE, avaient le sentiment de souffrir d'une baisse unilatérale de l'acuité auditive, démentie par l'audiométrie, accompagnée parfois d'une hyperpathie aux sons de paroles.

Dans tous les cas observés, ce déficit "pseudo-périphérique" (que nous appelons dans le service, par convention "signe de l'oreille") est controlatéral à la lésion, comme l'extinction au test dichotique et va de pair avec l'abolition des potentiels évoqués acoustiques, lorsque leur enregistrement a pu être effectué.

5° - L'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques effectué chez 80 de nos patients, après mise en évidence d'une extinction au test dichotique, a montré dans environ un quart des cas soit une diminution très sensible d'amplitude soit une absence de réponses du côté de la lésion.

En premier lieu ceci nous permet d'apporter la preuve que le principal générateur des réponses évoquées acoustiques recueillies par des électrodes placées sur le cuir chevelu est bien situé au niveau cortical.

En second lieu, il s'agit d'un temps capital dans le diagnostic des troubles centraux de l'audition : seule cette méthode permet d'affirmer l'atteinte des voies ou des zones de réception primaires qui n'était que suspectée après l'épreuve dichotique. Il est donc démontré qu'un hémisphère peut être rendu sourd par une lésion siégeant en particulier au niveau des circonvolutions de Heschl et au niveau du carrefour sensoriel de WERNICKE (à la partie postérieure de l'isthme temporal).

Le terme d'HEMIANACOUSIE doit être exclusivement réservé aux cas où les réponses évoquées acoustiques sont anormales, signant l'existence d'un déficit sensoriel. En effet, l'asymétrie même franche des performances au test d'écoute dichotique ne suffit pas à l'affirmer : elle peut être aussi bien la conséquence soit d'un déficit "gnosique" soit d'un trouble du transfert inter ou intrahémisphérique, auquel cas les P.E.A. ont une morphologie normale.

6° - Chez les aphasiques, l'exploration des troubles centraux de l'audition sous-jacents aux troubles linguistiques est particulièrement intéressante.

Ici, le test d'écoute dichotique ne sert pas à détecter une difficulté d'intégration du langage oral :

- il nous apprend que certains aphasiques ne présentent pas de surdité verbale parce qu'ils " coulent leur hémisphère droit".

- lorsque l'aire du langage est seule lésée, il n'y a pas extinction unilatérale, mais difficulté ou impossibilité de décodage du double message qui est restitué sous forme d'un amalgame des deux items provoquant la verbalisation de néologismes.

- la plupart des aphasiques ont une extinction droite, donc controlatérale à la lésion. Cependant, ce déficit, constant au cours des aphasies globales, presque constant lors des formes sensorielles, peut être minime voire absent dans les formes motrices.

- enfin, un nombre peu négligeable d'entre eux dont la lésion siège le plus souvent dans la région rolando-pariétale gauche, présentent une extinction ipsilatérale donc paradoxale : leur lobe temporal gauche est privé des informations transmises par l'hémisphère droit.

L'enregistrement des P.E.A. est encore plus révélateur :

La découverte d'une surdité de l'hémisphère gauche est un élément nouveau de la séméiologie des aphasies.

Tenant compte de toutes ces données, nous proposons divers modèles théoriques permettant un classement plus physiologique des syndromes lésionnels impliquant une atteinte auditive centrale et/ou linguistique.

Le Président de la thèse

Professeur B. SCHOTT

Vu, le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest

Professeur J. NORMAND

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 20 mai 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard

Président du Comité de Coordination des
 tudes médicales

Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

- ALAJOUANINE (Th),
Les grandes activités du lobe temporal.
Masson, Paris 1955.
- ANNETT (M),
Hand preference and the laterality of cerebral speech.
Cortex, 1975, 4, 12, 305-308.
- ANNETT (M),
Handedness and the cerebral representation of speech.
Annals of Human Biology, 1976, 3, 317-328.
- ASSAL (G), SUTTET (J), CAMPICHE (R), MICHEL (F),
Test d'écoute dichotique.
Résultats chez des malades avec lésions cérébrales unilatérales.
Rev. Med. de la suisse Rom., 1975, 95, 607-617.
- AUBRY (M), PIALOUX (P),
Examen de l'audition.
Encycl. Med. Chir. Neurol., 1967, 1, 018 C 10, 1-8.
- BARTHOLOMEUS (B.N),
Effects of task requirements on ear superiority for sung
speech.
Cortex, 1974, 10, 215-223.
- BARTZ (W.H.), SALTZ (P), FENNELL (E),
Grouping strategies in dichotic listening : the effect of
instructions, rate and ear asymmetry.
J. Exp. Psychol., 1967 (a), 74, 132-136.
- BECK (E),
Typologie des Gehirns am Beispiel des dorsales menschlichen
Schläfenlappens nebst weiteren Beiträgen zur Frage der links
Rechtshirnigkeit.
Dtsch. Zeitschr. F. Nervenheilk, 1955, 173, 267-308.
- BEECH (H.R.), FRASELLA (F),
Research and experiment in stuttering.
Pergamont Press, 1968, Oxford.
- BEHEIM-SCHWARZBACH (D),
Cyto-architectonik der Dorsalfläche der I Temporal-Windung links
(T1) beim sechsmenschlichen Gehirnen (Darunter vier Elite-
Gehirne) der Sammlung von C. und O. Vogt.
Z. Mikrosk. Anat. Forsch., 1974, 88, 2, 325-363.

- BERLIN (C.I),
Critical review of the literature on dichotic effects.
Reviews of Scientific literature on Hearing, 1972, 80-90.
- BERLIN (C.I), HUGUES (L.F), LOWE-BELL (S.S.), BERLIN (H.L),
Dichotic right ear advantage in children 5 to 13.
Cortex, 1973, 9, 394-402.
- BERLIN (C.I), PORTER (R.J) Jr, LOWE-BELL (S.S), BERLIN (H.L), THOMPSON (C.L),
HUGUES (L.F),
Dichotic signs of the recognition of speech elements in normals
temporal lobectomees and hemispherectomees.
IEE Transactions on audio and electroacoustics, 1973, 21, 3, 189-195.
- BERLIN (C.I), CULLEN (J.K) Jr, BERLIN (H), TOBEY (E.A), MOUNEY (D.I),
Dichotic listening in a patient with a presumed lesion in the
region of the medial geniculate bodies.
Paper delivered at the 90 th Meeting of the Acoustical Society
of America, San Francisco, California, 1975.
- BERLIN (C.I), Mc NEIL (M.R),
Dichotic listening.
Contemporary Issues in Experimental Phonetics, 1976, 327-387.
- BLINKOV (S.M), GLEZER (I.I),
The human brain in figures and tables. A quantitative handbook.
Basic Books Inc. Publ., 1968, Plenum Press, p. 174.
- BOCCA (E), CALEARO (C), CASSINARI (V), MIGLIAVACCA (F),
Testing "cortical" hearing in temporal lobe tumours.
Acta Oto-Laryngol., 1955, 45, 289-304.
- BOCCA (E),
Clinical aspects of cortical deafness.
Laryngoscope, 1958, 68, 301.
- BOUCHER (M), MICHEL (F), TOMMASI (M), SCHOTT (B),
Alexie sans agraphie (à propos d'un cas anatomo-clinique).
In : les syndromes de disconnexion calleuse chez l'homme,
Ed. MICHEL F et SCHOTT B., 1975, 371-379.
- BORKOWSKI (J.G), SPREEN (O), STUTZ (J.F),
Ear preference and abstractness in dichotic listening.
Psychob. Sci. 1965, 547-548.
- BRANCH (C), MILNER (B), RASMUSSEN (T),
Intracarotid sodium amytal for the lateralization of cerebral
speech dominance.
J. Neurosurg., 1964, 21, 399-405.
- BRIGGS (G.G.), NEBES (R.D),
The effects of handedness, family history and sex on the performance
of a dichotic listening task.
Neuropsychologia, 1976, 14, 129-133.
- BROADBENT (D.E),
The role auditory localization in attention and memory span
J. Exp. Psychol., 1954, 47, 191-196.

- BROADBENT (D.E),
Immediate memory and simultaneous stimuli.
Q. J. Psychol., 1957, 4, 1-11.
- BRYDEN (M.P),
Order of report in dichotic listening.
Canad. J. Psychol., 1962, 161, 291-299.
- BRYDEN (M.P),
Ear preference in auditory perception.
J. Exp. Psychol., 1963, 65, 103-105.
- BRYDEN (M.P),
The manipulations of strategies of report in dichotic listening
Canad. J. Psychol., 1964, 18, 126-138.
- BRYDEN (M.P),
Short-term memory for unbalanced dichotic lists.
Psychonom. Sci., 1966, 6, 379-380.
- BRYDEN (M.P),
An evaluation of some models of laterality effects in dichotic listening.
Acta Otolaryng., 1967, 63, 595-604.
- BRYDEN (M.P),
Binaural competition and division of attention as determinants
of the laterality effect in dichotic listening.
Canad. J. Psychol., 1969, 23, 101-113.
- BRYDEN (M.P),
Laterality effects in dichotic listening.
Relations with handedness and reading-ability in children.
Neuropsychologia, 1970, 8, 443-450.
- BRYDEN (M.P),
Attentional strategies and short-term memory in dichotic listening.
Cognitive psychol., 1971, 2, 99-116.
- BRYDEN (M.P), ZURIF (E.B),
Dichotic listening performance in a case of agnesia of the corpus
callosum Recall of digits.
Neuropsychologia, 1970, 8, 371-377.
- CAMPAIN (R), MINCKLER (J),
A note on the gross configuration of the human auditory complex.
Brain and language, 1976, 3, 318-323.
- CELESIA (G.G), PULETTI (F),
Auditory cortical areas of man.
Neurology, 1969, 19, 211-220.
- CHANEY (R.B), WEBSTER (J.C),
Information on Multidimensional sounds.
J. Acoust. Soc. America, 1966, 40, 447-455.

- CHARAGNON (D), MORGON (A), GERIN (P),
Particularités de l'audiométrie électroencéphalographique chez
l'enfant.
J. Franç. Oto-rhinolaryng., 1970, 19, 375-380.
- CODY (D.T), KLASS (D.W), BICKFORD (R.G),
Cortical audiometry-test problems and sources of error.
Int. Audiol., 1969, 8, 337-344.
- COHN (R),
Differential cerebral processing of noise and verbal stimuli.
Science, 1971, 172, 599.
- CURRY (F.K.W.),
A comparison of left handed and right handed subjects on verbal
and non verbal dichotic listening tasks.
Cortex, 1967, 3, 343-352.
- CURRY (F.K.W.),
A comparison of the performances of a right hemispherectomized
subject and 25 normals on 4 dichotic listening tasks.
Cortex, 1968, 4, 145-153.
- CURRY (F.K.W.), RUTHEFORD (D.R),
Recognition and recall of dichotically presented verbal stimuli
by right and left handed persons.
Neuropsychologia, 1967, 5, 119-126.
- CURRY (F.K.W.), GREGORY (H.H),
The performance of stutterers on dichotic listening tasks thought
to reflect cerebral dominance.
J. Speech Hear. Res., 1969, 12, 73-83.
- DAVIS (H),
Averaged evoked response E.E.G. audiometry.
Acta oto-laryng. (Stockh.), 1968, 65, 79-86.
- DAVIS (H), ONISHI (S),
Maturation of auditory evoked potentials.
Int. Audiol., 1969, 8, 24-33.
- DAMASIO (H), DAMASIO (A.R), CASTRO-CALDAS (A), FERRO (J.M),
Dichotic listening pattern in relation to interhemispheric dis-
connexion.
Neuropsychologia, 1976, 14, 247-250.
- DARWIN (C.J),
Auditory perception and cerebral dominance,
Unpublished ph. D. Thesis, University of Cambridge, 1969, Cité par
DARWIN C.J, Ear differences in the Recall of fricative and vowels,
Quart. J. Exp. Psychol., 1971, 23, 46-62.
- DE CREVOISIER (A), PERONNET (F), GIROD (J), CHALLET (E), REVOL (M),
Topographie des potentiels évoqués auditifs chez l'enfant éveillé.
Rev. E.E.G. neurophysiol., 1975, 3, 303-306.

- DEE (H.L.),
Auditory asymmetry and strenght of manual preference.
Cortex, 1971, 7, 236-245.
- DIRKS (D),
Perception of dichotic and monaural verbal material and cerebral dominance for speech.
Acta Oto-Laryngol., 1964, 58, 73-89.
- DORMAN (M.F), PORTER (R.J) Jr.,
Hemispheric lateralization for speech perception in stutterers.
Cortex, 1975, 11, 181-185.
- EBERSTALLER (O),
Zur Oberflächenanatomie der Grosshirn hemisphären.
Wien. Med. Blaetter, 1884, 7, 79-82.
- ETTLINGER (G), BLAKEMORE (C.B), MILNER (A.D), WILSON (J),
Agenesis of the corpus callosum : aubehavioral investigation.
Brain, 1972, 95, 327-346.
- ETTLINGER (G), BLAKEMORE (C.B), MILNER (A.D), WILSON (J),
Agenesis of the corpus callosum. A further behavioral investigation.
Brain, 1974, 97, 225-234.
- ELECHSIG (P.E),
Bemerkungen über die Hörsphäre des Menschlichen Gehirns.
Neurologisches Zentralblatt, 1908, 21, 50-57.
- FRIEDMAN (D), SIMSON (R), RITTER (W), RAPIN (I),
Cortical evoked potentials elicited by real speech.
E.E.G. J. 1975, 1, 13-20.
- GALAMBOS (R), BENSON (P), SMITH (T.S), SCHUMAN-GALAMBOS (C), OSIER (H),
On hemispheric differences in evoked potentials to speech stimuli.
Electroenceph. Clin. Neurophysiol., 1975, 39, 279-283.
- GASTAUT (H), REGIS (H), LYAGOUBI (S), MANO (T) and SIMON (L),
Comparison of the potentials recorded from the occipital, temporal and central regions of the human scalp, evoked by visual, auditory and somatosensory stimuli.
Electroenceph. Clin. Neurophysiol., 1967, Suppl. 26, 19-28.
- GAZZANIGA (M.S), HILLYARD (S.A),
Language and speech capacity of the right hemisphere.
Neuropsychologia, 1971, 9, 273-280.
- GEFFEN (G),
Development of hemispheric specialization for speech perception
Cortex, 1976, 12, 337-346.
- GEFFNER (D.S), HOCHBERG (I),
Ear laterality performance of children from low and middle socio-economic levels on a verbal dichotic listening task.
Cortex, 1971, 7, 193-203.

- GERBER (S.E), GOLDMAN (P),
 Ear preference for dichotically presented verbal stimuli as
 a function of report strategies.
 J. acoust. Soc. America 1971, 49, 1163-1168.
- GERIN (P), MORGON (A), MUNIER (F), PERONNET (F), LEBRETON (M.F), CHARACHON (D),
 Valeur relative de l'audiométrie objective basée sur l'étude des
 potentiels évoqués moyens du vertex.
 J. Franç. Oto-rhinolaryng. 1970, 19, 83-91.
- GERIN (P), PERNIER (J) et PERONNET (F),
 Amplitude des potentiels évoqués moyens auditifs du vertex et
 intensité des stimuli.
 Brain Res., 1972, 36, 89-100.
- GERIN (C), ROUSSEL (A.M),
 Application du test dichotique à quelques sujets aphasiques.
 Mémoire - Certificat de capacité d'orthophoniste, Lyon 1976.
- GESCHWIND (N), LEVITSKY (W),
 Human brain : left-right asymmetries in temporal speech region.
 Science, 1968, 161, 186-187.
- GIRARD (P.F),
 A propos des troubles neurologiques et psychiatriques observés
 chez les gauchers. La notion de diphasie, dipraxie et diphrénie.
 Sem. Hôp. Paris, 1952, 28, 750-759.
- GOODGLASS (H),
 Binaural digit presentation and early lateralized brain damage
 Cortex 1967, 3, 295-306.
- GOODGLASS (H), PECK (E.A),
 Dichotic ear order effects in Korsakoff and normal subjects
 Neuropsychologia 1972, 10, 211-217.
- GORDON (H.W),
 Hemispheric asymmetry in the perception of musical chords,
 Cortex, 1970, 6, 387-399.
- GORDON (H.W),
 Comparison of ipsilateral and contralateral auditory pathways
 in callosum sectioned patients by use of a response time technique
 Neuropsychologia 1975, 13, 9-18.
- GORDON (H.W),
 The study of auditory pathways in right hemisphere auditory compre-
 hension after partial and complete forebrain commissurotomy.
 1977, In press.
- GREENBERG (H.J), GRAHAM (J.T),
 Largest amplitude spectral component.
 J. Verb. Learn. Verb. Behav., 1970, 9, 274.

GREY-WALTER,

The convergence and interpretation of visual, auditory, and tactile responses in human non specific cortex.

Ann. Of the New-York Acad. of Sci., 1964, 112, 320-361.

HAGGARD (M.P.)

Perception of semi-vowels and laterals.

J. Acoust. Soc. America, 1969, 46, 115 (A),

HAGGARD (M.P.),

Encoding and the REA for speech signal.

Quart. J. Exp. Psychol., 1971, 23, 34-45.

HAGGARD (M.P.), PARKINSON (A.M.)

Stimulus and task factors as determinants of ear advantages.

Quart. J. Exp. Psychol., 1971, 23, 168-177.

HECAEN (H),

Introduction à la neuropsychologie.

Larousse Paris 1972.

HECAEN (H), SAUGUET (J),

Cerebral dominance in left-handed subjects.

Cortex, 1971, 1, 19-48.

HENSCHEN (S.E.),

Über die Hörsphäre.

J.F. Psychol. U. Neur., 1917, 22, 319-474.

HINES (D), SATZ (P),

Cross modal asymmetries in perception related to asymmetry in cerebral function.

Neuropsychologia, 1974, 12, 239-248.

HOCHBERG (F.H), LE MAY (M),

Arteriographic correlates of handedness.

Neurology, 1975, 25, 218-222.

INGLIS (J),

Dichotic stimulation and memory disorders.

Nature, 1960, 186, 181-182.

INGLIS (J),

Effect of age on response to dichotic stimulation.

Nature, 1962, 194, 1101.

INGLIS (J),

Dichotic listening and cerebral dominance..

Acta Oto-laryngol., 1965, 60, 231 -238.

INGLIS (J),

On the relative of different sources of variation in dichotic listening performance.

British J. Psychol., 1968, 59, 415-422.

- INGLIS (J), SANDERSON (R.E),
Successive responses to simultaneous stimuli in elderly patients with memory disorder.
J. Abn. Soc. Psychol., 1961, 62, 709-712.
- INGLIS (J), CAIRD (W.K),
Age differences successive responses to simultaneous stimulation.
Canad. J. Psychol., 1963, 17, 98-105.
- INGLIS (J), ANKUS (M.N),
Effect of age on short-term storage and serial rote learning.
British J. Psychol., 1965, 56, 183-195.
- INGLIS (J), SYKES (D.H),
Some sources of variation in dichotic performance in children
J. Exp. Child. Psychol., 1967, 5, 480-488.
- INGLIS (J), TANSEY (C.L),
Age difference scoring differences in dichotic listening performances.
J. Psychol., 1967, 66, 325-332.
- INGRAM (D),
Cerebral speech lateralization in young children.
Neuropsychologia, 1975, 13, 103-105.
- JERGER (J.F),
Observations on auditory behavior in lesions of the central auditory pathway.
A.M.A. arch. Otolaryngol., 1960, 71, 798-806.
- JERGER (J.F), MIER (M),
The effect of brain stem lesions on auditory responses of humans.
1960, Unpublished ; cités par KIMURA (1961 a)
- KIMURA (D),
Some effects of temporal lobe damage in auditory perception.
Can. J. Psychol., 1961 (a), 15, 156-165.
- KIMURA (D),
Cerebral dominance and the perception of verbal stimuli.
Can. J. Psychol., 1961 b, 15, 166-171.
- KIMURA (D),
A note on cerebral dominance in hearing.
Acta Otolaryng., 1963 (a), 56, 617-618.
- KIMURA (D),
Speech lateralization in young children as determined by an auditory test.
J. Comp. Physiol. psychol. 1963 (b), 56, 899-902.
- KIMURA (D),
Left-right differences in the perception of melodies.
Quart. J. Psychol., 1964, 16, 355-358.

- KIMURA (D),
The development of brain asymmetry in the perception of melodies
(abstract).
Can. Psychol., 1965, 6, 221.
- KIMURA (D), FOLB (S),
Neural processing of backwards speech sounds.
Science 1967, 161, 395-396.
- KNOX (A.W), BOONE (D.R),
Auditory laterality and tested handedness.
Cortex, 1970, 6, 164-173.
- KNOX (C), KIMURA (D),
Cerebral processing of non verbal sounds in boys and girls.
Neuropsychologia 1970, 8, 227-237.
- KOOI (K.A), TIPTON (A.C.), MARSHALL (R.E),
Polarities and field configurations of the vertex components
of the human auditory evoked response : Reinterpretation.
Electroenceph. Clin. Neurophysiol., 1971, 31 : 166-169.
- KOPP (N), MICHEL (F), CARRIER (H), BRION (A), DUVILLARD (P),
Etude de certaines asymétries hémisphériques du cerveau
humain.
1977, in press.
- LAVOREL (P.M), MICHEL (F),
A propos d'un cas d'aphasie de Wernicke : mise en question des
modèles neurolinguistiques habituels.
1977, à paraître.
- LISHMAN (W.A), Mc MEEKAN (E.R.L.),
Handedness in relation to direction and degree of cerebral dominance
for language.
Cortex, 1977, 13, 30-43.
- LHERMITTE (F), CHAIN (F), ESCOUROLLE (R), DUCARNE (B), PILLON (B), CHEDRU (F),
Etude des troubles perceptifs auditifs dans les lésions temporales
bilatérales.
Revue neurol. 1971, 124, 329-351.
- LONGO (L.P.S.), FORSTER (F.M), AUTH (T.L),
A clinical test for sound localization and its applications
Neurology, 1957, 7, 655 -663
- MICHEL (F),
Résultat de l'écoute dichotique dans un cas de gliome thalamique droit
envahissant le corps calleux et dans un cas de gliome des deux tiers
antérieurs du corps calleux.
1977, Communication personnelle.
- MICHEL (F),
L'écoute dichotique après hémisphérectomie (à propos de 6 cas)
1977, communication personnelle.

- MICHEL (F), PERONNET (F), LABOUREL (D), MARTIN (M),
Confrontations entre les données du test d'écoute dichotique et
les données de l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques
dans divers cas d'aphasie.
Rev. Neurol., 1973, 5, 295-296.
- MICHEL (F), PERONNET (F),
Extinction gauche au test dichotique : lésion hémisphérique ou
lésion commissurale ?
(apport de l'étude des potentiels évoqués acoustiques)
in Les syndromes de disconnexion calleuse chez l'homme,
1975, Ed. F. MICHEL et B. SCHOTT, 85-117.
- MICHEL (F), MARTIN (M.M.), PERONNET (F),
A propos d'un cas clinique de surdité verbale.
Lyon Med., 1976, 236, 691-698.
- MICHEL (F), PERONNET (F), SCHOTT (B),
A propos d'un cas de surdité de l'hémisphère gauche
(hémianacousie droite).
Rev. E.E.G. neurophysiol., 1976, 6, 175-178.
- MICHEL (F), LABOUREL (D),
Evolution de l'asymétrie des performances droite-gauche au
test d'écoute dichotique chez l'enfant de 3 ans à 7 ans.
1977 (à paraître).
- MILNER (B),
Laterality effects in audition.
In : Interhemispheric relations and cerebral dominance.
Montcastle, Baltimore, 1962.
- MILNER (B), KIMURA (D), TAYLOR (L.B),
Non verbal auditory learning after frontal or temporal lobectomy
in man.
Eastern psychol. Assn. (annual meeting), 1965.
- MILNER (B), TAYLOR (L), SPERRY (R.W.),
Lateralized suppression of dichotically presented digits after
commissural section in man.
Science, 1968, 161, 184-186.
- MOUNIER-KUHN (P), SCHOTT (B), LAFON (J.C),
Diagnostic des agnosies auditives et des surdités centrales.
Rev. d'O.N.O., 1960, T XXXII (32), 3, 129-143.
- MURPHY (E.H), VENABLES (P.H),
Effects of ipsilateral and contralateral shocks on ear asymmetry
in the detection of two clicks.
Psychonom. Sci., 1969, 17, 214-215.
- MURPHY (E.H), VENABLES (P.H),
Ear-asymmetry in the threshold of fusion of two clicks : a signal
detection analysis.
Q.J. Exp. Psychol., 1970, 22, 288-300.

- MURPHY (E.H), VENABLES (P.H),
The effects of caffeine citrate and white noise on ear asymmetry
in the detection of two clicks.
Neuropsychologia, 1971, 9, 27-32.
- MURRAY (D.J) and HITCHOCK (C.H),
Attention and storage in dichotic listening,
J. Exp. Psychol., 1969, 81, 164-189.
- NAGAFUCHI (M),
Development of dichotic and monaural hearing abilities in young
children.
Acta Otolaryngol., 1970, 69, 409-414.
- NETLEY (C),
Dichotic listening performance of hemispherectomized patients.
Neuropsychologia, 1972, 10, 233-240.
- NIELSEN (J.M), FRIEDMAN (A.P),
The temporal isthmus and its clinical syndromes
Bull. of the Los Angeles Neurol. Society, 1942, 7, 1 - 11.
- ORTON (S.T),
Studies in stuttering
Arch. Neurol. Psychiat. 1928, 18, 671-672.
- ORTON (S.T),
A physiological theory of reading disability and stuttering
in children.
New Eng. J. Med., 1929, 199, 1046-1052.
- OXBURY (J.M) and OXBURY (S.M),
Effects of temporal lobectomy on the report of dichotically pre-
sented digits,
Cortex, 1969, 5, 3-14.
- OXBURY (S.M), OXBURY (J.M), GARDINER (J),
laterality effect in dichotic listening.
Nature, 1967, 214, 742-743.
- PENFIELD (W), EVANS (J),
Functionnal defects produced by cerebral lobectomees.
Publ. Ass. Res. Nerv. Ment. Dis., 1934, 13, 352-377.
- PERONNET (F), MICHEL (F), ECHALLIER (J.F), GIROD (J),
Coronal topography of human auditory evoked responses.
E.E.G. and Clin. Neurophysiol., 1974, 37, 225-230.
- PERONNET (F), MICHEL (F),
The asymmetry of the auditory evoked potentials in normal subjects
and patients with C.N.S. lesions.
Progress in clinical neurophysiol., 1976, 2, 130-141.

- PFEIFFER (R.A.),
Die lokalisation der Tonskala innerhalb der Kortikalem Hörsphäre
des Menschen.
Mschr. Psychiat. Neurol., 1921, 50, 99-108.
- PICTON (T.W.), HILLYARD (S.A.), KRAUSZ (H.I.), GALAMBOS (R.),
Human auditory evoked potentials. I. Evaluation of components.
E.E.G. and clinic. Neurophysiol., 1974, 36, 179-190.
- PONZIO (J.),
L'écoute dichotique. Etude théorique et applications cliniques.
Thèse Méd. Marseille, 1974, 94 p.
- PORTER (R.J.), BERLIN (C.I.),
On interpreting developmental changes in the dichotic right
ear advantage.
Brain and Language, 1975, 2, 186-200.
- QUINN (P.),
Stuttering, cerebral dominance, and the dichotic word test.
Med. J. Aust. 1972, 2, 639-643.
- RAMIER (A.M.),
Les apports de la méthode d'écoute dichotique à l'étude de l'asy-
métrie fonctionnelle hémisphérique.
Langages, 1972, 25, 6-28.
- RAPIN (I.), and GRAZIANI (L.J.),
Auditory evoked responses in normal brain damaged and deaf
infants.
Neurology, 1967, 17, 881-894.
- RAPIN (I.), RUBEN (R.J) and LYTTLE (M),
Diagnosis of hearing loss in infants using auditory evoked
responses.
Laryngo-scope (St Louis), 1970, 80, 712-722.
- ROSENZWEIG (M.R.),
Representations of the two ears at the auditory cortex.
Amer. J. Physiol., 1951, 167, 147-158.
- SALETU (B), ITIL (T.M) and SALETU (M),
Evoked responses after hemispherectomy.
Confin. Neurol. (Basel), 1971, 33, 221-230.
- SAMUELS (I), BUTTERS (N), GOODGLASS (H), BRODY (B),
A comparison of subcortical and cortical damage on short-term
visual and auditory memory.
Neuropsychologia, 1971, 9, 293-306.
- SATZ (P),
Laterality effects in dichotic listening.
Nature, 1968, 218, 277-278.

- SATZ (P), ACHENBACH (K), PATTISHALL (E), FENNEL (E),
Order of report, ear asymmetry and handedness in dichotic listening.
Cortex, 1965, 1, 377-386.
- SATZ (P), ACHENBACH (K), FENNEL (E),
Correlations between assessed manual laterality and predicted speech laterality in a normal population.
Neuropsychologia, 1967, 5, 295-310.
- SATZ (P), BABKER (D.J), GOEBEL (R), VAN DER VLUGT (H),
Developmental parameters of the ear asymmetry : a multivariate approach.
Brain and Language, 1975, 2, 171-185.
- SCHULHOFF (C), GOODGLASS (H),
Dichotic listening, side of brain injury and cerebral dominance.
Neuropsychologia, 1969, 7, 149-160.
- SHANKS (J), RYAN (W),
A comparison of aphasic and non brain-injured adults, on a dichotic CV-syllable listening task.
Cortex, 1976, 12, 100-112.
- SHANKWEILER (D),
Effect of temporal-lobe damage on perception of dichotically presented melodies.
J. Comp. Physiol. Psychol., 1966 (a), 62, 115-119.
- SHANKWEILER (D), and STUDDERT-KENNEDY (M),
Lateral differences in perception of dichotically presented synthetic consonant-vowel syllables and steady state vowels.
J. Acoust. Soc. Amer., 1966 (b), 39, 1259 (A).
- SHANKWEILER (D), and STUDDERT-KENNEDY (M),
An analysis of perceptual confusions in identification of dichotically presented CVC syllables.
J. Acoust. Soc. Amer., 1967, 41, 1581 (A).
- SHANKWEILER (D), and STUDDERT-KENNEDY (M),
Identification of consonants and vowels presented to the left and right ears.
Quart. J. Exp. Psychol., 1967, 19, 59-63.
- SINHA (S.P),
The role of the temporal lobe in hearing
1959, Master's thesis, Mac Gill University, cité par KIMURA, 1961 a
- SLORACH (N), NOEHR (B),
Dichotic listening in stuttering and dyslalic children.
Cortex, 1973, 9, 295-300.
- SMITH (D.B), LELL (M.E), SIDMAN (R.D) and MAVOR (H),
Nasopharyngeal phase reversal of cerebral evoked potentials and theoretical dipole implications.
Electroenceph. Clin. Neurophysiol., 1973, 34, 654-658.

- SOBOTKA (K),
Neuropsychological and neurophysiological correlates on reading disability.
1973, Unpublished Master's thesis,
Louisiana State University, New-Orleans.
- SOMMER (R.K.), TAYLOR (M.L.),
Cerebral speech dominance in language disordered and normal children.
Cortex 1972, 2, 224-232.
- SPARKS (R), GESCHWIND (N),
Dichotic listening in man after section of neo cortical commissures
Cortex, 1968, 4, 3-16.
- SPARKS (R), GOODGLASS (H), NICKEL (B),
Ipsilateral versus contralateral extinction in dichotic listening
resulting from hemisphere lesions.
Cortex, 1970, 6, 249-260.
- SPELLACY (F.J),
Lateral preference in the identification of patterned stimuli
J. Acoust. Soc. Amer., 1970.
- SPELLACY (F.J), BLUMSTEIN (S),
The influence of language set on ear preference in phoneme recognition
Cortex, 1970, 6, 430-439.
- SPREEN (J.F), SPELLACY (F.J), REID (J.R),
The effect of interstimulus interval and intensity on ear asymmetry
for non-verbal stimuli in dichotic listening.
Neuropsychologia, 1970, 8, 245-250.
- SPRINGER (S.P), GAZZANIGA (M.S),
Dichotic testing of partial and complete split-brain subjects.
Neuropsychologia, 1975, 13, 341-346.
- STUDDERT-KENNEDY (M), SHANKWEILER (D.P),
Hemispheric specialization for speech perception.
J. Acoust. Soc. America, 1970, 579-594.
- STUDDERT-KENNEDY (M), SHANKWEILER (D.P), PISONI (D),
Auditory and phonetic processes in speech perception : evidence
from a dichotic study.
Cognit. Psychol., 1972, 3, 455-466.
- SUSSMAN (H.M), Mac NEILAGE (P.F),
Hemispheric specialization for speech production and perception in
stutterers.
Neuropsychologia, 1975, 13, 19-26.
- TESZNER (D), TZAVARAS (A), GRUNER (J), HECEAN (H),
L'asymétrie droite-gauche du planum temporale ; à propos de
l'étude anatomique de 100 cerveaux.
Rev. Neurol., 1972, 146, 444-449.

- TRAVIS (L.E),
Speech pathology.
Appletor Century Crofts, 1931, New York.
- VAUGHAN (M.G), RITTER (W),
The sources of auditory evoked responses recorded from the human scalp.
E.E.G. Journal, 1970, 28, 360-367.
- VAUGHAN (M.G), KOREY (S.R),
Some remarks on the psychological and physiologic interpretation of human event related potentials.
Activités évoquées et leur conditionnement chez l'homme normal et en pathologie mentale. Colloque INSERM, Tours, 1972, 93-110.
- VON BONIN (G),
Essai sur le cortex cérébral
Masson, Paris, 1955.
- VON BONIN (G),
Anatomical asymetries of the cerebral hemisphere in :
Mountcastle V.B, (Ed), Interhemispheric relations and cerebral dominance.
Johns Hopkins, 1962, Baltimore, 1-6.
- VON ECONOMO (C),
L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale.
Masson, Paris 1927.
- VON ECONOMO (C), HORN (L),
Über die Windugsrelief, Masse und Rindenarchitektonik der supra-temporal Fläche, ihre individuellen, und ihre seitenunterschiede.
Zeitschr. f. ges. Neurol. Psych., 1930, 130, 678-757.
- WADA (J.A)
A new method for the determination of the side of cerebral speech dominance. A preliminary report of the intracarotid injection of sodium amytal in man.
Igaku to seibutsugaky (Jap. Med. Biol.), 1949, 14, 221-222.
- WADA (J.A),
Morphological hemispheric asymmetry and cerebral speech lateralization.
Communication au Séminaire de Neuropsychologie E.P.H.E., 1971.
- WADA (J.A), RASMUSSEN (T),
Intracarotid injection of sodium amytal for the lateralization of cerebral speech dominance.
Journ. of Neurosurg., 1960, 17, 266-282.
- WADA (J.A), CLARKE (R), HAMM (A),
Cerebral hemispheric asymmetry in humans.
Arch. Neurol., 1975, 32, 239-246.

- WITELSON (S.F), PALLIE (W),
Left hemisphere specialization for language in the newborn.
Neuroanatomical evidence of asymmetry.
Brain 1973, 96, 641-646.
- WOLPAW (J.R), PENRY (J.K),
A temporal component of the auditory evoked response
E.E.G. clin. Neurophysiol., 1975, 39, 609-620.
- WOOD (C.C), GOFF (W.R), DAY (R.S),
Auditory evoked potentials during speech perception
Science, 1971, 173, 1248-1251.
- YENI-KOMSHIAN (G.H), ISENBERG (D), GOLDBERG (H),
Cerebral dominance and reading disability. Left visual field
deficit in poore readers.
Neuropsychologia, 1975, 13, 83-94.
- YENI-KOMSHIAN (G.H), EBNSON (D.A),
Anatomical sutdy of cerebral asymmetry in the temporal lobe of
humans, chimpanzees and rhesus monkeys.
Science, 1976, 192, 387-389.
- ZANGWILL (O.L),
Speech and the minor hemisphere.
Act. Neurol. Psychiat. Belgica, 1976, 67, 1013-1020.
- ZURIF (E.B),
Perceptual asymmetry and cerebral dominance,
unpublished Ph. D. thesis. The Univ. Of Waterloo, Canada 1967.
- ZURIF (E.B.) and BRYDEN (M.P),
Familial handedness and left-right differences in auditory and
visual perception.
Neuropsychologia, 1969, 7, 179-188.
- ZURIF (E.B) and CARSON (G),
Dyslexia in relation of cerebral dominance and temporal analysis
Neuropsychologia, 1970, 8, 351-362.
- ZURIF (E.B), SAIT (P.E),
The role of syntax in dichotic listening
Neuropsychologia, 1970, 8, 239-244.
- ZURIF (E.B), RAMIER (A.M),
Some effects of unilateral brain damage on the perception of
dichotically presented phoneme sequences and digits.
Neuropsychologia, 1972, 10, 103-110.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
<u>PREMIÈRE PARTIE : ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES - METHODOLOGIE</u>	7
CHAPITRE I : RAPPEL ANATOMIQUE	9
I - Les aires auditives centrales	11
II - Asymétries morphologiques	15
CHAPITRE II : TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE	17
I - Définition	19
II - Historique	21
III - L'apport du test d'écoute dichotique dans l'étude de l'asymétrie fonctionnelle hémisphé- rique et dans celle de son développement chez le sujet normal.	25
IV - Application du test d'écoute dichotique à la pathologie	39
V - Le test d'écoute dichotique utilisé dans ce travail	51
CHAPITRE III : LES POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES	59
I - Historique	61
II - Matériel et méthode	63
III - Résultats chez les sujets normaux	65
<u>DEUXIÈME PARTIE : NOS OBSERVATIONS</u>	71
CHAPITRE I : LESIONS HEMISPHERIQUES UNILATERALES DROITES	75
- Observations des malades ayant bénéficié du test d'écoute dichotique et de l'enregistrement des P.E.A.	77
- Observations des malades n'ayant bénéficié que du test d'écoute dichotique	119

	Pages
CHAPITRE II : LESIONS HEMISPHERIQUES UNILATERALES GAUCHES	279
- observations des malades ayant bénéficié du test d'écoute dichotique et/ou de l'enregistrement des potentiels évoqués acoustiques	281
- observations des malades n'ayant bénéficié que du test d'écoute dichotique	387
CHAPITRE III : LESIONS HEMISPHERIQUES BILATERALES	649
CHAPITRE IV : LESIONS DU TRONC CEREBRAL	665
<u>TROISIÈME PARTIE : RESULTATS - DISCUSSION</u>	675
CHAPITRE I : TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE : RESULTATS D'ENSEMBLE	677
- trois subtests réunis	678
- pour chacun des trois subtests	681
CHAPITRE II : RESULTATS DU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE CHEZ L'APHASIQUE	693
CHAPITRE III : CORRELATION ENTRE SIEGE DE LA LESION ET PERFORMANCES AU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE	699
CHAPITRE IV : RESULTATS DE L'ENREGISTREMENT DES POTENTIELS EVOQUES ACOUSTIQUES	702
CHAPITRE V : DISCUSSION	709
CONCLUSIONS	721

CHAPITRE II : LESIONS HEMISPHERIQUES UNILATERALES DIVERSES

- observations des malades ayant bénéficié du test
d'écoute dichotique et de l'investigation des
potentiels évoqués acoustiques

- observations des malades n'ayant bénéficié que du
test d'écoute dichotique

CHAPITRE III : LESIONS HEMISPHERIQUES BILATERALES

CHAPITRE IV : LESIONS DU TRONC CERVELEUX

TROISIEME PARTIE : RESULTATS - DISCUSSION

CHAPITRE I : TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE - RESULTATS D'ENSEMBLE

- trois sous-groupe techniques

- pour chacun des trois sous-groupe

CHAPITRE II : RESULTATS DU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE CHEZ L'APHASIQUE

CHAPITRE III : CORRELATION ENTRE NIVEAU DE LA LESION ET
PERFORMANCES AU TEST D'ECOUTE DICHOTIQUE

CHAPITRE IV : RESULTATS DE L'INVESTIGATION DES POTENTIELS
EVOQUES ACOUSTIQUES

CHAPITRE V : DISCUSSION

CONCLUSION

